

Е. И. ТЕРЕНТЬЕВ

**БРЕД
РЕВНОСТИ**

Е. И. ТЕРЕНТЬЕВ

БРЕД РЕВНОСТИ

**Издание второе,
переработанное и дополненное**



Москва „МЕДИЦИНА“ 1991

ББК 56.1

Т35

УДК 616.89-008.444.2

Рецензент: В. П. КОТОВ, проф., руководитель отделения
ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Терентьев Е. И.

Т35 Бред ревности. — М.: Медицина, 1990.—272 с. —
ISBN 5—225—01172—1.

Во втором издании монографии (первое вышло в 1982 г. под
названием «Паранойя ревности») дополнены главы по лечению и
реабилитации больных, проявлениях ревности при алкоголизме,
шизофрении, включена новая глава о влиянии на симптоматику
бреда социально-культурных и этических факторов. В моногра-
фии описаны клинические особенности патологической ревности
(паранойальный бред, сверхчленные идеи ревности) при шизофре-
нии, психоорганическом синдроме, алкоголизме, психозах позд-
него возраста.

Для психиатров, невропатологов.

Т 4108110000—124
039(01)—91 137—91

ББК 56.1

ISBN 5—225—01172—1

© Е. И. Терентьев, 1991

Посвящаю жене и внуку.

Автор.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В книге получили дальнейшее развитие основные положения глав монографии «Паранойя ревности» (1982), посвященных нормальной и патологической (бред, сверхценные идеи) ревности. Автор предложил тестовую методику разграничения нормальной ревности, сверхценных идей и бреда ревности, которая, кроме общепсихиатрического научного и практического значения, представляет несомненный интерес в судебно-психиатрическом аспекте.

В монографии получили дальнейшее углубленное обоснование предложенные ранее автором концепции «первичной фабулы» бреда и «бредового поведения». Существенно переработаны главы, в которых рассматривается бред ревности при алкогольных психозах и шизофрении, причем последняя глава значительно расширена в результате более глубокого изучения параноидных и депрессивно-параноидных (при шубообразном течении) синдромов, включающих бред ревности, а также поздней шизофрении и шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом. Больше внимания уделено бреду ревности при шизофрении у женщины. В новой главе, посвященной психозам позднего возраста, акцентируется внимание на значении ряда социально-психологических факторов для индивидуальных проявлений бреда ревности.

В результате изучения динамики психических заболеваний, включающих симптомы и синдромы патологической ревности, в процессе лечения прослежена последовательность обратного развития их проявлений. Отмечена необходимость комплексного подхода к разработке концептуальных моделей терапии рассматриваемых болезненных форм с учетом влияния различных факторов, один из которых способствуют успеху лечебно-реабилитационных мероприятий, а другие (особенно пьянство и алкоголизм) служат препятствием для их осуществления.

Книга, несомненно, будет с интересом встречена психиатрами, наркологами, психологами и юристами.

Академик АМН СССР Г. В. Морозов

ВВЕДЕНИЕ

В предлагаемой монографии рассматриваются важные в научном и практическом отношении вопросы психопатологии, клинической динамики, терапии и социальной реабилитации больных психическими заболеваниями, включающими в свою структуру бредовые и сверхъестественные идеи ревности. Наряду с клинико-социальной значимостью проблемы болезненной ревности ее актуальность до сих пор в значительной мере определяется недостаточной разработанностью ряда теоретических вопросов в общей проблеме бреда. Между тем бред ревности в рамках общей психопатологии представляет собой проблему, в которой преломляются такие аспекты учения о бреде, как теория бредообразования, сущность паранойи и др.

Патологическая ревность должна рассматриваться в неразрывном единстве с ревностью нормальной. Автор считает, что нормальная ревность представляет собой сложную, субъективно чрезвычайно значимую реакцию личности на одну из самых тяжелых ситуаций, затрагивающую наиболее важные для нее в морально-этическом отношении ценностные категории — ситуацию супружеской измены. В соответствии с этим значение феномена ревности сейчас особенно возрастает, так как она оказывается тесно связана с проблемой личности и человеческого фактора. «Ареной» проявления ревности становится семья, в которой отчетливо отражаются наиболее значимые социально-психологические тенденции и схемы [Морозов В. М., 1964; Могено Ю., 1958], особенности присущих обществу культурных и этнических факторов. В связи с этим при исследовании нормальной и патологической ревности должно уделяться большое внимание семье, ее социометрической структуре. Здесь эти вопросы рассматриваются по большому числу параметров, что позволяет автору найти убедительные признаки, присущие как только нормальной или только патологической ревности, так и одновременно им обеим (в выделенных совокупностях это представлено в литературе впервые). В кни-

где показано, что некоторые проявления бреда ревности могут быть «выведены» из нормальной ревности (агрессивность, подозрительность, опасное поведение ревнивцев и др.), но с весьма существенными поправками на ряд социально-психологических факторов, в том числе исторически устаревших, отсутствующих при нормальной ревности и встречающихся только при бреде (сюжетные линии «приписанного потомства» и т. п.). Вместе с тем показано, что и некоторые современные условия могут дать в этом отношении «питательную почву». Особенно значимо то обстоятельство, что часто в супружеской жизни муж не учитывает психологические и физиологические особенности сексуальности жены, а это иногда провоцирует ее супружескую измену. Традиционно мужчины обвиняют жену в подобных случаях не просто в измене, но и в разврате, прелюбодеянии, и эта фабула обязательно присутствует и в бреде.

Кроме того, за время, прошедшее после выхода «Паранойи ревности» (1982), автор накопил дополнительные клинические наблюдения проявлений патологической ревности (сверхчленного и бредового характера) при различных психических заболеваниях, разработаны новые и уточнены прежние концепции. В клинике, руководимой автором, получены интересные данные о социально-культурных влияниях при бреде ревности.

Изменение социально-психологического климата в стране в связи с провозглашением гласности, открытости позволяет с большей определенностью высказаться в этой книге по ряду вопросов, относящихся к рассматриваемой проблеме (пороки быта, связанные, в частности, с пьянством и алкоголизмом, неблагоприятные социально-культурные факторы, которые ведут к утяжелению проявлений нормальной и патологической ревности и др.).

Автор выражает благодарность всем коллегам, высказавшим замечания и пожелания при подготовке книги к изданию.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

О ПОНИМАНИИ НОРМАЛЬНОЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕВНОСТИ

Глава 1

НОРМАЛЬНАЯ РЕВНОСТЬ

Среди актуальных проблем психиатрии особое место отводится проблеме бреда, в частности бреда ревности — одной из частых разновидностей паранойального бреда (в том числе в форме «моносиндрома»), которая со временем Ж. Эскироля считается самостоятельной по содержанию. Известно, что бред ревности может включаться в структуру всех продуктивных психопатологических синдромов и наблюдалась при всех психозах, обнаруживая при каждом из них определенные отличительные черты. Это зависит от влияния ряда факторов, значение и соотношение которых изучены недостаточно (иозология, течение, стадия психоза, пол больных, их возраст, индивидуальные особенности личности и их изменения, обусловленные самим психическим заболеванием, и т. д.). Не получил должного освещения в литературе сравнительный анализ проявлений патологической ревности (бред ревности, сверхценные идеи ревности) при различных психических заболеваниях. Недостаточное внимание уделено соотношению бреда ревности и бредовых идей другого содержания в рамках различных психопатологических синдромов. Ряд авторов [Корсаков С. С., 1954; Bleuler E., Bleuler M., 1960, и др.] относят бред ревности к сексуальной «продукции». Однако остается неясным, предполагается ли только то, что сами переживания этого бреда имеют сексуальное содержание, или также и то, что ему сопутствуют определенные сексуальные нарушения.

В свете сказанного очевидна необходимость системного подхода к изучению перечисленных и других вопросов, касающихся клиники и сущности бреда ревности. В понимании психопатологии бреда ревности нельзя обойтись без рассмотрения эротической ревности у здоровых людей, так как бесспорно патологическая ревность возникла на основе нормальной и имеет много сходных с ней признаков [Leonhard K., 1963, и др.]. Вместе с тем вполне естественны существенные различия между нормальной и патологической ревностью. Следовательно, представляют интерес

социально-исторические корни, психологические, биологические, эмоциональные, социально-культурные и некоторые другие аспекты нормальной ревности, а также личностные особенности ее проявлений, вызываемых ею переживаний, их содержания, динамики и др.

В данном разделе преследуется цель не просто установить некоторые существенные сходства и различия нормальной и патологической ревности, но главное попытаться выяснить, какие факторы определяют содержание переживаний при нормальной ревности и, возможно, сохраняют в той или иной мере свое значение при бреде ревности, а также «моделью» каких ситуаций, наблюдающихся при обычной ревности, может быть бред ревности.

Краткий социально-исторический очерк. Описания и определения нормальной эротической ревности

Эротическая (любовная, сексуальная) ревность — комплекс переживаний при действительной или подозреваемой измене любимого человека — супруга, возлюбленного, характеризующийся сложной психологической структурой: типичными и весьма многообразными эмоциональными реакциями и состояниями (зависть, ненависть, тревога, гнев, отчаяние, жажда мести, страсть и др.), мучительными сомнениями и подозрениями, сложными проявлениями в интеллектуальной, волевой сферах, многообразном форм поведения, зачастую социально опасного. Судя по нашим наблюдениям над мужчинами с нормальной ревностью (она чаще возникает у лиц, состоящих в браке), она достигает особенно резкой выраженности не у молодоженов, а у супругов, давно состоящих в браке, т. е. тогда, когда наряду с любовью (романтической и сексуальной), морально-этическими, эстетическими и другими связующими факторами приобретают значение и такие факторы, которые можно отнести к базису семьи (матерно-экономические устои, дети), когда «в процессе семейной жизни на смену влюбленности приходит глубокое чувство взаимной привязанности, взаимного привыкания» [Священник А. М., 1974].

Отмеченное явление не случайно, так как ревность исторически связана с семейными отношениями, и особенно благоприятной для ее развития является структура моногамной семьи, основанной, как указывает Ф. Эн-

гельс¹, «на господстве мужа с определенно выраженной целью рождения детей, происхождение которых от определенного отца не подлежит сомнению, а эта бесспорность происхождения необходима потому, что дети со временем в качестве прямых наследников должны вступить во владение отцовским имуществом». Заслуживает внимания книга Р. Крафта-Эбинга (1887) «Половая психопатия», на страницах которой автор развивает взгляды, свойственные его эпохе; на различия половых отношений мужчины и женщины, утверждая, что «тяжелым преступлением против нравственности и закона является прелюбодеяние, если оно совершается женщиной, прелюбодейка позорит не только себя, но и своеего мужа и семейство, помимо того уже, что *«ратет incertus»* (разрядка наша. — Е. Т.). Для незамужней женщины, констатирует Р. Крафт-Эбинг, «половые отношения складываются совершенно иначе, чем для мужчины, ибо общество требует от холостого мужчины приличия, а от женщины еще и целомудрия».

Укоренившееся в ходе исторического развития общества господствующее положение мужчины в семье, строгое преследование супружеской неверности женщины, связь понятий «прелюбодеяние» и «разврат» в основном с несоблюдением целомудренности женской гиперболизировались в религиозных догматах, согласно которым женщина считается источником греха, «сосудом днавольским», существом неполноценным в моральном и социальном отношении и т. п. Вполне естественно, что во все времена религиозные воззрения на женщину способствовали усилию ее зависимости от мужа, социального и морального беспрavия. Представляют, например, интерес сведения И. Кноблоховой, Ф. Кноблоха (1966) о положении женщины в патриархальной крестьянской семье, где бразды правления находились в руках отца. Глава семьи осуществлял власть над женой и детьми как организатор работ, хозяин имущества, диктатор и блеститель норм поведения и функций членов семьи и как лицо, карающее за проступки. Тяжелейшим из проступков считалась супружеская неверность жены, кара за нее была самой суворой. О наказании в подобных случаях может дать представление документально-публицистическое произведение

¹ Энгельс Ф. Происхождение семьи, частной собственности и государства. — Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд., т. 21, с. 65.

М. Горького «Вывод», где в описании одной из бытовых сцен отображен обычай наказания мужем жены за измену: «К передку телеги привязана веревкой за руки маленькая, совершенно нагая женщина... Все тело ее в синих и багровых пятиах, круглых и продолговатых, левая... грудь рассечена, и из нее сочится кровь... И, должно быть, по животу женщины долго били полено, а может топтали его ногами в сапогах — живот чудовищно вспух и страшно посинел... А на телеге стоит высокий мужик, в белой рубахе, в черной смушковой шапке... в одной руке он держит вожжи, в другой кнут и методически хлещет им раз по спине лошади и раз по телу маленькой женщины, и так уже добитой до утраты человеческого образа».

Общеизвестен обычай, в соответствии с которым от невесты требовалось строжайшее соблюдение «девичьей чести» до брака. В случае потерян девственности было принято позорить невесту и ее родителей, братьев и сестер. Например, в Белоруссии в дореволюционное время в таких случаях кому-либо из родни невесты надевали на шею хомут, водили по деревне, публично брали и хаяли, всячески насмехались [Борис С., 1976].

Все эти обычай остались в прошлом, но их рудименты сохранились и в наше время: отсутствие девственности нередко служит поводом для ретроспективных сверхценных комплексов ревности у мужа и обусловленных этим длительных конфликтных ситуаций в семье. Следует, однако, подчеркнуть, что само по себе требование сохранения девственности невестами до брака имело вне всякого сомнения и положительное значение как одна из мер поддержания на высоком уровне морального кredo женщины, а также моральных устоев семьи и общества в целом.

Описывая и пытаясь определить нормальную ревность, мы ограничиваемся характеристикой только сексуальной (любовной, эротической) ревности и ее сопоставлением с бредом ревности. При этом мы имеем в виду, что содержание любовной ревности — измены — одна из наиболее существенных сторон, определяющих ее социальное значение и ее сходство с бредом ревности. Именно с фактом измены связанны, как известно, наиболее тягостные переживания ревнивцев и совершаемые ими агрессивные действия. Однако ревность может — и это вполне естественно — возникать в связи не только с действительной изменой, но и с подозрением в измене, т. е. может быть в значительной степени обусловленной воображением. Она может быть кратковременной реакцией или существовать длительное время, может быть чертой характера человека, сопутствуя ему всю жизнь и являясь подчас более живучей, чем сама любовь. Нередко любовь супругов, проживших вместе много лет, — не пылкая страсть их молодости, а спокойное чувство друг к другу. Ревность при этих условиях обычно не станов-

вится менее выраженной и может сохранять такие же, как в молодости, яркие проявления. Более того, когда одна из пожилых супружеских пар вспоминает о любви, она может дольше оставаться как бы по-молодому гопячей, постоянно боящейся соперничества.

Ревность не считается с логикой, здравым смыслом, а подчас и с требованиями закона. Известны ревность к тому, кого уже нет в живых или кто будет, возможно, встречен в дальнейшем; ревность в связи с клеветой, которая не считается ни с безграничной до этого верой супругу, ни с (её) безупречным поведением. Сложившись как явление на рубеже возникновения моногамной семьи, испытав влияние социально-психологических, религиозных, этнических (культурных) факторов, ревность продолжает «традицию» и ретроспективно отражать эти влияния, подтверждением чего служат постоянство, неизменность ревнивых притязаний на протяжении многих веков.

Так, несмотря на то что в жизни моногамной семьи изжиты привилегии мужа в экономической, моральной, социальной и других сферах, ревность в семье имеет практически те же проявления, что и в давно минувшие века. По-прежнему она больше распространена среди мужчин и по-прежнему продолжают наблюдаться крайне тяжелые реакции ревности с социально опасным поведением. Общественное мнение зачастую сочувственно относится к самым жестоким формам местьи ревнивцев, и даже закон считает ревность «смягчающим обстоятельством» в случаях тяжелых преступлений против личности.

Определения ревности (в том числе любовной) приводятся в толковых словарях. Например, в словаре В. И. Даля (1955) этим словом, в частности, обозначается слепая и страстная недоверчивость, мучительное сомнение в чьей-либо любви, верности. В «Словаре русского языка» С. И. Ожегова (1957) ревность трактуется как мучительное сомнение в чьей-либо верности, любви, полной преданности, подозрение в привязанности, в большей любви к кому-либо другому. Этимологию слова «ревность» в некоторых европейских языках рассматривает N. Retterstöhl (1967). Так, изначальный смысл адекватного этому понятию французского слова «jalouse» (жалюзи, занавеска), согласно одному из толкований, сводится к тому, что ревнивый муж может наблюдать за поведением своей жены из-за занавески. В Скандинавских странах слова, обозначающие ревность, содержат социально-этнические элементы, отражая те или иные обычан, связанные со сватовством, ухаживанием (отвергнутое сватовство и пр.).

Заслуживают внимания соображения К. Leonhard (1963), касающиеся нормальной и патологической ревности. Он выделяет две формы нормальной ревности: а) ревность, безопасная в своей основе, протекающая из объективно доказуемого сексуального регресса; б) ревность, представляющая большую социальную опасность, — в форме подозрения. В высших страданиях ревности субъект находится в большом напряжении, так как не может обезопасить себя, и только тогда,

когда становится очевидным, что надежда на любовь полностью потеряна, у него остается лишь боль или ненависть без напряжения. Глубокая любовь полагает K. Leonhard, делает человека слепым: каждая хорошая черта, открывавшаяся в любимом человеке, присоединяется к чувству любви, каждая плохая улетучивается. Однако существует такая слепота и при негативном чувственном состоянии, например при ревности, когда утрачивается благородство в результате сильного эффекта ненависти. Аналогия этому существует в бредовом развитии паранойальных больных под влиянием патологических эмоциональных стимулов. Однако события, вызывающие такие аффективные проявления, могут обдумываться «ревнивцами-параноиками» и в плане других возможностей. Они постоянно надеются, что наконец произойдет поворот к лучшему.

K. Leonhard выделяет в ревности такую эмоцию, как любовная боль, причем чем горячее любовь, тем сильнее боль. Это видно из того, что большая часть суицидальных актов приписывается мужчинам и происходит в связи с данной эмоцией. Однако остается нерешенным вопрос, в какой мере страдание, приведшее к самоубийству, обусловлено сексуальными либо высшими личностными переживаниями. Это не у всех людей происходит одинаково и зависит в основном от пола. У женщин в любви и ревности меньше, чем у мужчин, выражен интенсивно-физиологический радикал, поэтому они и в сексуальности в меньшей мере подвластны инстинктивным побуждениям, чем мужчины. Именно любовной болью можно объяснить, что наиболее сильная и тяжелая ревность переходит все границы, и даже насильственные акты (включая убийства) на почве ревности со стороны лиц, безупречных в морально-этическом отношении, не являются необычными.

Автор дает ряд указаний относительно различий инстинктивно-биологической и психологической основы сексуальности и ревности у мужчин и женщин. Так, мужчина желает господствовать в сексуальности, решать судьбу женщины, руководить ею в сексуальном отношении.

Мужчина и без готовности женщины удается «привлечь чувство наслаждения сексуальным господством и создать желание, хотя бы и насильственным путем» [Leonhard K., 1963]. Для женщины характерен инстинкт подчинения («Unterstellungsinstinkt»). Готовность к подчинению может иметь малую либо среднюю выраженность, но может достигать такой силы, что у женщины возникают проявления мазохизма: «Как в инстинкте господства лежит корень садизма, так и в инстинкте подчинения — корень мазохизма». Данные замечания представляют существенный интерес в плане развивающихся нами положений. Это касается и различий в переживаниях эмоции стыда женщинами и мужчинами в связи с измениной супруга. Мужчины при измене жены стремятся скрыть это, чтобы не испытывать стыда перед окружающими, а женщины часто дважде без причины жалуются на неверность мужа. Представляет интерес и то, что женщина, с ненавистью преследующая свою соперницу, согласна вернуться к мужу и дважде в случае успеха будет расценивать свое возвращение как победу.

Мужчины не склонны прощать жену, а в отношении соперников они значительно более чувствительны, чем женщины. Они могут ревновать к тому, с кем жена была раньше, тогда как женщины, наоборот, часто бывают даже довольны, что муж и раньше обнаруживал «мужскую силу», имеет большой опыт половых сношений, встречался с многими женщинами.

P. Janet (1932) считал, что ревность вызывается не просто присутствием третьего лица, а испытываемым им чувством счастья. В соответствии с этим при ревности имеется стремление к собственному удовлетворению с отклонением удовлетворения чужого. Сходным образом в плане ведущих переживаний и их социальной значимости описывает сексуальную ревность K. Schneider (1967), который выделяет приятные и неприятные чувственные состояния, относя ревность к неприятным вместе с печалью, заботой, страхом, неуютистью, ужасом, испугом, гневом, «бешенством», завистью и т. д. Речь идет именно о ревности определенного типа, а не просто о горе по поводу потери любимого человека или о мучениях отвергнутой любви. Определенная роль отводится (в этом состоит сходство взглядов K. Schneider и P. Janet) переживаниям ущемленного самолюбия, попранной чести.

R. Lemke, H. Rennert (1960) основывают определение рассматриваемого феномена на других критериях, согласно которым ревность проходит из фактической или надвигающейся угрозы обладанию другим человеком, чаще супругом, и нередко сопровождается гротескными обвинениями любимого человека, диктуемыми боязнью его потерять. Своеобразие этой концепции состоит в том, что в ней как бы не затрагивается ревность, обусловленная самой изменой. В данной связи небезынтересно вспомнить, что еще раньше А. Форель (1908) называл ревность чувством недовольства и гнева, проявляющимся тогда, когда на объектового влечения кто-то посягает.

В свое время [Крафт-Эбнинг Р., 1887, и др.] предпринимались попытки объяснить ревность у мужчин опасениями получить «приписаное потомство». Из современных авторов лишь отдельные [Vauhkopel K., 1968, и др.] считают фактор «приписанного потомства» имеющим значение для возникновения и переживаний нормальной любовной ревности. Мы в своих исследованиях нормальной ревности ни разу не коинституировали этого мотива, зато очень часто отмечали его при бреде ревности. Представляются спорными указания Н. П. Калининой (1976) относительно «образа третьего» как «облигатного» компонента содержания ревности и в норме, и при патологии. Мы полагаем, что нормальную ревность и бред ревности не может сближать никакой «облигатный» фактор или компонент. Это качественно различ-

ные явления и сходство между ними только внешнее.

Известно, что внезапное сексуальное возбуждение у мужчины может оказать отрицательное воздействие на женщину. Так как она не готова к сексуальному сближению с ним и не стремится к этому, в подобной ситуации раздражение эрогенных зон при половой близости, вместо того чтобы вызывать приятные ощущения и эмоции, наоборот, оказывается неприятным. Именно из-за этого столь частыми бывают жалобы женщин на сексуальные желания мужей. Нам кажется, в этом обстоятельстве кроется ответ на некоторые интересующие нас вопросы. По мнению А. М. Свядоша (1974), у женщины в структуре полового чувства преобладает стремление к половой отдаче (привлечение внимания к своему телу, желание нравиться), радость от восприятия признаков полового возбуждения у партнера; ей свойственно в основном «эротическое влечение» — влечение к ласкам, нежности. Мужчине присуще «сексуальное влечение», т. е. стремление к половому акту, сексуальной разрядке¹. Сущность этих различий следует, по-видимому, понимать в том плане, что они должны создавать гармонию половой жизни. Однако такая гармония возникает далеко не всегда. К. Leonhard указывает на одно парадоксальное на первый взгляд обстоятельство: в свободной любви женщина допускает физическую близость с мужчиной тогда, когда ее влечение достаточно разбужено, а в браке ей нередко приходится вынуждению отвечать желанию мужа, оставаясь при этом фригидной или даже страдая от полового сношения. Не случайно S. de Beauvois (1952) утверждает, что только немногие женщины желают более частых сношений со своими мужьями, чем их фактически имеют; многие, наоборот, говорят, что они скорее бы желали более редкого физического сближения

¹ И. С. Кон (1988) специально уделяет внимание анализу мужской и женской сексуальности, говоря о «социальных половых ролях». Ссылаясь также на ряд источников, автор справедливо указывает, рассматривая «маскулинное» и «феминное» поведение у мужчин и женщин, что половые особенности такого рода нельзя считать однозначно («намерть») связанными с половой принадлежностью индивида, т. е., если женщина нежна, то она должна быть такой в любых ситуациях: «Мужчины и женщины взаимодействуют друг с другом не в вакууме, а в конкретных социальных ролях, и характер этого взаимодействия в одной сфере деятельности (например, в труде) не обязательно такой же, как в другой (например, в семье, воспитании детей)». Подчеркнем, что мы в данной работе касаемся «чисто» сексуальных аспектов «социальных половых ролей».

с мужьями. В связи с этим автор пишет: «Эротические возможности женщины почти неисчерпаемы. Это противоречие показывает, что брак..., который должен возбуждать женскую эротику, чаще ее умерщвляет». С этими указаниями согласуются наблюдения А. М. Свядоша (1974) над «фригидами» женщинами. В одном случае речь идет о женщине, у которой при попытке близости с мужем возникали проявления вагинизма, не наблюдавшиеся при половых сношениях с ею самой избранным партнером. В другом случае у женщины, испытавшей половое удовлетворение при половом сношении вне брака, физическая близость с мужем стала вызывать фрустрацию, муж стал противен в половом отношении.

Особого внимания заслуживает следующий социально-психологический феномен. Сексуальная жизнь женщины вне брака широко интерпретируется общественным мнением, «моловой», причем всегда в одном и том же плане: женщина при половой близости с любовником более «горяча», чем с собственным мужем. Именно эта фабула, как правило, свойственна переживаниям эротической ревности у мужчин, которые обвиняют жену не просто в изменах, а в развратном поведении, в прелюбодениях и т. п. Эта же фабула (в гиперболизированной форме) характерна и для бреда ревности. Данный феномен имеет подоплеку, суть которой состоит в том, что весьма часто мужчина в супружеской жизни не учитывает особенности сексуальности своей жены, например, такие ее проявления, как стадии полового акта, в частности подготовительная («форшпиль») с ласками, воздействием на эрогенные зоны и т. д. [Иванов Н. В., 1966; Васильченко Г. С., 1969; Свядош А. М., 1974; Терентьев Е. И., 1982; Leonhard K., 1963; Imitelinski K., 1986, и др.]. Супружеские изменения женщины могут стать результатом половой безграмотности мужей или их преибражения особенностями физиологии женской половой сферы.

Проявления нормальной ревности

Нами изучены реакции нормальной ревности у 25 мужчин, которые были связаны с реальной изменой жены. Для возникновения ревности не имел существенного значения характер мужа (ревнивый или неревнивый). Ревность переживалась как «удар судьбы», несчастье. На этом фоне развивалось состояние, которое

можно расценивать как острую невротическую реакцию. Переживания ревности были ярко выражены, отмечались агрессивное поведение в отношении жены и суицидальные тенденции. Только в нескольких случаях при судебно-психиатрической экспертизе отмечены агрессивные действия, направленные на соперника, когда муж заставал жену с другим мужчиной, подкараулив их и заранее вооружившись топором, ружьем, ножом и т. п. При обычных реакциях ревности агрессия направлялась только на жену. До убийства, как правило, дело не доходило; обычно ревнивцы сильно избивали жену, иногда неоднократно. Возможно, это связано с боязнью позора в случае, если сведения об измене жены дойдут до окружающих («эмоция стыда», присущая ревности мужчины; K. Leonhard, 1963). Лишь немногие мужчины делались свидетелями переживаниями с кем-либо из близких друзей, большинство вели себя в этом отношении скрытно, «раскрываясь» только перед врачом, к которому обращались в связи с возникшим невротическим состоянием.

В переживаниях на высоте реакции ревности с большой интенсивностью и эмоциональной насыщенностью звучала тема развратного поведения жены, ее бесстыдства. Переживания были яркими, включали в себя элементы страдания. Ревнивцы отмечали как бы возросшую значимость для них жены, они упорно думали о ее красоте, женственности, ранее недостаточно ценимых, чувствовали, что любовь к жене усиливается, несмотря на ее изменения. Одновременно с этим проявлялись такие чувства, как ненависть, выраженная злоба, страстное желание отомстить. Отмечались душевная боль, а также тоска и безысходность. Больные страдали бессонницей, у них исчезал аппетит, появлялись общая слабость, апатия, головная боль. Они были раздражительными и слезливыми, испытывали жалость к жене, с которой произошла «такая катастрофа», постигло столь глубокое «моральное падение». В это время ни у кого из ревнивцев не отмечалось повышения полового влечения к жене. Вскоре обычно начинали проявляться первые признаки «психологического вытеснения» в виде попыток натолкнуть жену на заявление, что измена произошла «случайно», а не по любви к другому мужчине и т. п. На эту особенность нормальной ревности указывает K. Leonhard (1963), считая, что и Отелло, доведенный до ревности путем интриг, желал найти какой-то выход из создав-

шегося положения и был готов согласиться с разубеждающими доводами.

Как правило, у ревнивцев не возникало стремления к продолжительным беседам с женой на тему ее измены — тоже, по нашему мнению, эффект психологической защиты, психологического вытеснения, обусловленного опасениями «узнать слишком много ужасных подробностей». Мысли о сопернике даже на высоте ревности вызывали лишь эмоцию стыда, основные переживания были связаны с женой. Соперник нередко обезличивался ревнивцами, если, конечно, это не был кто-либо из «друзей дома». Один из наших пациентов рассказывал, что в момент наиболее сильных переживаний его голова была полна мыслями о «низком падении» жены, о том, что она «предалась разврату», «забыла честь и совесть», ей захотелось чего-то нового и бесстыдного в половой жизни. На уточнение каких-либо подробностей «не хватало мужества». «Я вел себя таким образом, — говорил обследуемый, — чтобы, насколько хватит сил, пережить этот срам наедение с самим собой». Однако довольно скоро возникло робкое желание услышать от жены, что измены не было: «Мне было бы легче. Я знал бы, что это неправда, но это была бы "ложь во спасение"».

Действительно, в первые дни после совершения женою измены или после того, как об этом стало известно мужу, безотказно или почти безотказно действовали слезы раскаяния, ее просьба простить, заверения и клятвы верности на будущее (если, конечно, измена была случайностью, ошибкой, «неосторожностью» жены). Ревнивцы охотно принимали объяснения жены, которые ее каким-то образом реабилитировали или хотя бы вуалировали факт измены. В одном случае жене было достаточно сказать, что полового акта не было, а была лишь попытка его совершить, в другом — что был неоконченный половой акт. Еще через несколько дней (иногда недель) выраженност переживаний снижалась, а в дальнейшем все больше стирались впечатления и воспоминания, связанные с изменой жены. Они всплывали в памяти время от времени лишь под влиянием алкогольного опьянения или других провоцирующих факторов.

Остановимся на поведении женщин в ситуации половой близости вне брака в тех случаях, которые явились поводом для ревности со стороны их мужей (обследованных нами пациентов с неврозами). При конфиденциальных беседах с женами ревнивцев (с гарантней

строгого сохранения врачебной тайны) было установлено, что некоторые женщины вели себя во время половой близости с любовником более страсти, чем с собственным мужем. Женщины говорили, что это было «опьянение любовью», «обновление чувств», «блаженство, никогда не испытывавшее с мужем». Как ни парадоксально, именно такие объяснения оправдывали их в собственных глазах, хотя они сознавали, что супружеская измена постыдна, недопустима. Некоторые женщины, постоянно предохраняясь от беременности при половой жизни с мужем, не делали этого с любовником, вели с ним разговоры о его преимуществах перед мужем в сексуальном отношении — о большей страсти, «неутомимости», нежности, умении возбудить желание и полностью его удовлетворить. В то же время в браке эти женщины были в половом отношении весьма сдержаны, считали, что с мужем недопустимо вести себя иначе, поскольку это противоречило бы критерию «женской супружеской целомудренности».

Н. В. Иваинов (1966) ввел понятие «диапазона приемлемости» для женщины на стадии форшпиля (любовные ласки, предшествующие половому акту), расширение которого якобы «переживается как нечто уродливое, извращенное, аморальное и постыдное». Вероятно, однажды, дело скорее не в существовании «диапазона приемлемости», а в недостаточной осведомленности супружеских в сексологических вопросах. В противном случае придется прийти к выводу, что такой диапазон расширяется у женщин в ситуации полового общения вне брака, а это, конечно, не соответствует истине. Внебрачные связи являются, как правило, следствием пробуждения у женщины сильного полового желания, резкого повышения либидо, а в браке данным обстоятельством нередко преибрегают.

Так, один из обследованных нами мужчин рассказал: «Жена вела себя странно, мне было непонятно ее поведение. У меня возникало желание и возбуждение, и я обычно был готов к половому акту с женой. Однако она в таких случаях требовала, чтобы я не спешил, целовал, обнимал ее и т. д. А я не хотел этим заниматься, говорил, что мы не любовники, а супруги — муж и жена». Таким образом, поведение мужа не способствовало более полному раскрытию сексуальных возможностей жены, а предосудительный взгляд на подобные попытки с ее стороны, вероятно, в какой-то мере спрово-

цировал ее супружескую измену. Женщины, которые при половой дисгармонии с мужем не пытаются вступить во внебрачную связь, нередко, как указывают С. И. Консторум (1959), Н. В. Иванов (1966), А. М. Святощ (1974) и другие авторы, обращаются к сексопатологу по поводу своей «половой холодности». Кроме того, немало женихов благополучно живут в супружестве, будучи анергазмичными.

Представляет интерес тот факт, что из 25 ревнивцев-мужчин 6 сами изменили жене, причем находились во внебрачной связи с замужними женщинами, проявляющими при близости с ними и беззаветную самоотдачу, и страсть и т. д. Однако собственные супружеские измени, о которых подчас знала жена, не принимались во внимание как повод, оправдывающий ее неверность. Более того, они способствовали конкретизации и детализации переживаний ревности у мужа, так как поведение любовницы отождествлялось с поведением жены при ее общении с любовником, т. е. имели своеобразный психологический перенос воспринимаемого¹.

Таковы наиболее существенные проявления обычной любовной ревности, связанной с изменой жены. Описанную реакцию ревности можно, по-видимому, отнести к эмоциональным состояниям типа страсти. Однако следует подчеркнуть, что ревность не исчерпывается эмоциональными проявлениями и в ней можно обнаружить интеллектуальный компонент [Калинина Н. П., 1976], а также личностные особенности реакции, психологической защиты.

Нормальную любовную ревность по своей обусловленности и проявлениям очень полиморфна, поэтому мы рассматриваем только ревность в связи с фактом измены жены, установленным супругом. Конечно, в таких случаях возможно разрешение ситуации путем тех или иных допущений, компромиссов, но это уже выходит от гибкости мышления и проявлений психологической защиты у ревнующего. Все же данный вариант ревности связан с самой тяжелой из всех возможных ситуаций: муж абсолютно уверен в измене жены. Поскольку мы рассматриваем нормальную ревность применительно к изучению бреда ревности, вариант нормальной ревности в связи с реальной изменой более всего подходит для сопоставления с бредом, так как при последнем мы тоже наблюдаем твердую убежденность ревнующего в измене объекта ревности, причем факту бреда как бы подменяет собой факт измены.

¹ Мы полагаем, что опыт внебрачных половых связей мужчин и формирует в указанном плане мнение относительно поведения «неверных жен».

Следует подчеркнуть, что во всех случаях нормальной ревности речь идет о сложных многоплановых человеческих взаимоотношениях с богатой гаммой чувств и переживаний. Важно отметить при этом участие обеих сторон — изменившейся жены и ревнившего мужа — в разрешении сложившейся ситуации. В семьях с высоким уровнем культуры супружеского до агрессивного поведения на почве ревности дело обычно не доходит, так как фабула полового соперничества уступает по выраженности опасениям вообще потерять супругу. Иначе говоря, именно в процессе переживаний ревности ревнивец испытывает «страх утраты счастья» [Marcuse M., 1960]. Таким образом, следует считать, что у современного человека ревность в значительной мере утрачивает выраженные антисоциальные черты. В наших наблюдениях над нормальными ревнивцами такого рода «ресоциализация» переживаний проявлялась довольно отчетливо.

Отмеченное обстоятельство немаловажно, так как оно может служить критерием отграничения нормальной ревности от патологической. Нормальная ревность — это комплекс сложных и многообразных, индивидуальных и социально значимых переживаний, направленных на разрешение ситуации, возникающей в связи с изменой жены. В силу того что половая жизнь — парная функция мужчины и женщины, проявляющаяся наиболее типично именно в браке, соответственно и в конфликте, связанным с супружеской изменой и ревностью, тоже участвуют двое. Именно благодаря этому всегда имеется и обычно реализуется возможность преодоления возникшей жизненной трудности. Л. Фейербах (1955) указывал, что «человек является человеком только как носитель пола», но лишь соединившись мужчина и женщина образуют «совершенного человека», род, и в этом смысле любовь, особенно половая любовь, творит чудеса. Это подтверждается и в ситуации ревности, выход из которой нужно искать совместно с супругом. В случаях бреда ревности, как показано ниже, все обстоит совсем иначе.

Заслуживает внимания то, что многие исторически сложившиеся формы проявления нормальной ревности в настоящее время не наблюдаются. Можно говорить о сохранении лишь ихrudиментов в силу не до конца изживших себя социально-психологических различий между мужчиной и женщиной, а также о проявлениях, обусловленных биологическими различиями полов. «Многовековое неравенство женщины в старом обществе мы опрокинули.

Однако социальное неравноправие отнюдь не означает физического равенства женщины с мужчиной. Их биологические и психофизиологические различия, созданные природой, сохраняются навсегда», — пишет В. Н. Колбаковский (1971). Здесь уместно напомнить, что социальный фактор в поведении человека превалирует над биологическим и, говоря о биологических различиях полов, следует иметь в виду оценку их значения прежде всего в социальном плане. Условия, характеризующие ту или иную социальную среду, а также черты, свойственные моноагамий семье в различные периоды развития общества, в том числе и в настоящее время, объясняют многие особенности проявлений ревности у мужчины и женщины. Именно социальные моменты имеют существенное значение, в частности, для объяснения большего распространения сексуальной ревности среди мужчин, чем среди женщин, а также для понимания содержания переживаний ревности — тех, в которых отражаются вопросы семейной чести, морального престижа семьи, тема «поруганий любви», страданий в связи с изменой жены и другие мотивы семейных конфликтов, возникающих на почве ревности. Мы полагаем, что многие из перечисленных факторов и определяемых ими особенностей реакций ревности у мужчин играют роль также в формировании содержания сверхценных комплексов и бреда ревности.

Охарактеризуем кратко нормальную ревность у мужчин, злоупотребляющих алкогольными напитками.

В литературе она представлена под многочисленными названиями: «патологическая ревность» [Раппопорт А. М., 1932]; «мотивы ревности» [Жислин С. Г., 1956]; «подозрения, которые в дальнейшем приобретают характер сверхценных идей» [Полниковский С. И., Линвшиц С. М., 1959]; «повышенное чувство ревности» [Молохов А. Н., Рахальский Ю. Е., 1959]; «просто ревнивые идеи» [Мейер Е., 1910] и т. д. Многие авторы также считают, что алкогольный бред ревности возникает как обострение и углубление подозрительности и ревности, свойственных алкоголикам. Однако это спорный вопрос. Основное выражение вызывает концепция о наличии у больных алкоголизмом сверхценных идей ревности, перерастающих впоследствии в бред.

На основании проведенных исследований мы склонны считать, что при алкоголизме может наблюдаться как нормальная, так и патологическая ревность, причем последняя — в форме как сверхценных идей, так и бреда. Заслуживает внимания также патологическая ревность у больных алкоголизмом (по-видимому, и при тяжелом «бытовом» пьянстве) в состоянии опьянения (нередко со

всеми признаками бреда), которая исчезает при проптрезвлении и постоянно повторяется при последующих опьянениях [Тамашунене Л. А., 1975].

По нашим наблюдениям, у лиц, страдающих алкоголизмом, ревность отмечается чаще, чем у не страдающих алкоголизмом, причем характеризуется монотонностью, брутальностью, тяжеловесностью, нередко агрессивными действиями (вплоть до убийства) и автоагрессией. Судебно-психиатрическая практика показывает, что убийства совершают ревиницы-мужчины почти исключительно в состоянии опьянения и среди них много больных алкоголизмом. Нормальная ревность нередко возникает при алкоголизме в связи с подозрениями, а не с реальными факторами. В состоянии опьянения ревность усиливается, приобретая подчас сходство с ее патологическими формами [Тамашунене Л. А., 1975].

Глава 2

КЛИНИЧЕСКИЕ И НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СВЕРХЦЕННЫХ ИДЕЙ РЕВНОСТИ

Рассмотрение сверхценных идей ревности в первой части книги связано с тем, что, относясь к области пограничной психиатрии, они как бы ближе стоят к реакциям нормальной ревности (невротическим и др.), располагаются рядом с ними по степени тяжести переживаний и характеру поведения, а также по психологической понятности.

На то, что идеи ревности могут быть сверхценными, указывали многие авторы [Ганиушкин П. Б., 1904; Морозов В. М., 1934; Пулас А. С., 1966; Шостакович Б. В., 1971; Опры Н. А., 1986; Petrowitsch N., 1966; Bräutigam W., 1978; Glatzel I., 1978; Vaillant G., Perry I., 1980, и др.]. Со временем П. Б. Ганиушкина (1904), C. Wernicke (1906), O. Bumke (1924) принято считать, что характер сверхценных образований носят паранойальные идеи у психопатов паранойального круга. В связи с этим, по-видимому, сверхценные идеи и паранойальный бред нередко считают чуть ли не идентичными в психопатологическом отношении образованиями, близкими друг к другу симптомокомплексами [Guelfi I., 1979].

Однако П. Б. Ганиушкин, говоря о сверхценных идеях у параноических психопатов, не называет их бредом и не говорит о широко проявляющихся возможностях перехода сверхценных идей в бредовые. Он также не имеет в виду при этом каких-либо определенных (как, скажем, бред) в тематическом отношении продуктов, а говорит

о мышлении психопатов-паранонков, самым характерным свойством которых является склонность к образованию так называемых сверхценных идей, во власти которых они потом оказываются, поскольку эти идеи целиком заполняют психику и оказывают доминирующее влияние на все поведение. А. С. Тнганов (1985), характеризуя сверхценные идеи, указывает, что синдром сверхценных идей — это состояние, при котором суждение, возникшее вследствие реальных обстоятельств и на основе действительных фактов, приобретает в сознании больного господствующее, не соответствующее их истинному значению место. Сверхценные идеи сопровождаются выраженным аффективным напряжением. Фактически не само содержание идеи составляет сущность сверхценности, а аффективная реакция, отражающая значимость этого содержания для больного. Внутренняя переработка этих переживаний все больше усиливает их остроту. Автор полагает, что лишь в отдельных случаях сверхценные идеи могут трансформироваться в бред. Данное замечание нам кажется особенно существенным, так как в настоящее время вопрос о такой трансформации решается порой слишком просто. Практически иногда получается, что сверхценные идеи (например, идеи ревности) как бы утрачивают самостоятельное значение и описываются лишь как стадия синдромогенеза, предшествующая бреду. При этом, игнорируя какие бы то ни было обоснования либо оперируя недостаточно доказательными аргументами, забывают слова П. Б. Ганнушкина (1964) о том, что «...случан, в которых мы имеем перед собой бред, сколько-нибудь иелепый, сумбурный, непонятный, хотя бы и сформировавшийся медленно, постепенно и без всякого участия обманов чувств, трудно объяснить одним развитием даже и психопатической личности; по-видимому, здесь всегда участвуют те или иные узкоорганические факторы».

Вряд ли правомерно также расширять границы сверхценных идей путем выделения среди них «традиционно» бредовых вариантов содержания¹, например, сверхценных идей значения, отношения, преследования, «чужих родителей», иного происхождения, порчи и кол-

¹ Наиболее часто встречаются сверхценные идеи изобретательства, сутяжничества, реформаторства, супружеской и неверности, ипохондрического характера или сверхценные идеи, связанные с моральными и семейными потерями, с совершением неблаговидных поступков и т. д. [Морозов Г. В., 1988].

довства, греховности, любовных и «метафизической интоксикации» [Косачев А. Л., 1983]. Есть в литературе и ряд противоречий по рассматриваемой проблеме. Например, А. А. Перельман (1957), выражая общепринятую точку зрения, полагает, что формально мышление при сверхценных идеях не нарушается. Н. А. Опры (1986) утверждает, что в тех случаях, когда идеи ревности становятся сверхценными, у больных нарушается течение мыслительных процессов, теряется ход логических рассуждений, мышление приобретает качество «кривой логики». Это противоречит общепринятым взглядам. Еще труднее согласиться с автором, утверждающим: «Идеи ревности то принимали характер бреда, то вновь преформировались в комплекс навязчивых или сверхценных образований». Данное высказывание не согласуется с представлением о сверхценной идее как о стойком образовании [Печерникова Т. П., 1979, и др.]¹.

Вызывает определенное недоумение и то обстоятельство, что сравнительные описания бредовых и сверхценных идей иногда не отражают их наиболее существенных, «качественных» отличий, а основываются только на «количественных» критериях: «В тех случаях, когда целеустремленность становится особенно интенсивной и субъект с аффективной ослепленностью теряет критерий достижимого и недостижимого, некритически относится как к содержанию самой идеи, так и к ее объективной ценности, возможен переход в бредообразование» [Амеинцкий Д. А., 1942].

Учитывая противоречия, имеющиеся в литературе по проблеме сверхценных идей, мы предприняли исследование в общепсихиатрическом аспекте сверхценных идей ревности у 29 мужчин с резидуальными явлениями органического поражения мозга в виде энцефалопатии (церебрально-органического, постинфекционного, атеросклеротического, травматического генеза), а также у 14 больных с проявлениями психопатии в преморбиде (паранойяльной — у 8 и возбудимой — у 6 больных). Возраст больных от 29 до 62 лет. Алкоголизмом они не страдали².

¹ Тем более это противоречит фактам, свидетельствующим о чрезвычайной стойкости первичного бреда, обуславливающей его терапевтическую резистентность. Э. Крепелин (1923) даже считал, что первичный бред паранойяльной структуры неустраним.

² Злоупотребление алкоголем до заболевания встречалось у большинства больных.

Синдромы сверхценных идей ревности у больных с органическим поражением головного мозга развивались через 6—10 лет после перенесенного инфекционно-органического заболевания или травмы головного мозга (22 случая) либо на фоне неблагоприятного течения церебрального атеросклероза (7 случаев). У 4 больных отмечены признаки органической деменции.

В результате исследования этой группы больных¹ нами выделены две стадии проявлений сверхценных идей: остро-подострая и хроническая. Каждая из них характеризовалась особенностями психопатологии, клиники и динамики течения, обусловленными, по нашему мнению, степенью тяжести неврологической патологии и выраженностью психопатизации личности. Не случайно Г. В. Морозов (1988) утверждает, что «в одних случаях сверхценные идеи возникают и получают свое доминирующее положение в короткие сроки (дни, недели), в других — развиваются исподволь на протяжении месяцев и лет».

Представляет интерес тот факт, что некоторые больные и до возникновения у них сверхценных идей ревности были ревнивыми, но ревность² проявлялась у них эпизодически, не выходила за пределы трактовки факта, вызвавшего ее, и сводилась к упрекам жене в кокетстве, «заныгрывании» с другими мужчинами, в том, что она «строит глазки» и т. п. Эти вспышки ревности были кратковременными и полностью подчинялись логическим суждениям. Например, ревнивший муж не мог обвинить свою пожилую жену в кокетстве с молодым мужчиной, т. е. ревнивость была вполне соразмерна с реальным обстоятельством (это сохраняет значение и при сверхценных идеях ревности, правда, с некоторыми поправками).

Синдромы сверхценных идей ревности характеризовались длительным течением. Они были связаны, как правило, с условно-патогенными воздействиями разного рода обстоятельств³, имеющих специфическую направленность на интимные отношения больного с женой: подозрение в измене, сомнение в супружеской верности жены; воспоминания о подозрительном обстоятельстве,

¹ С учетом также большого числа наблюдений, проведенных нами ранее.

² Мы полагаем, что в данном случае следует говорить именно о ревности как черте характера в отличие от ревности, возникающей в связи с реальными поводом (измена жены и др.).

³ Под условной патогенностью этих воздействий мы понимаем то, что в целом они не могут быть отнесены к психическим травмам универсального значения, а патогенны лишь для рассматриваемой категории больных.

имевшем место в прошлом; наговоры на жену, найденная у нее записка от мужчины; вынуждение беспочвенными подозрениями и упреками мужа заявление жены о том, что у нее есть любовник («назло мужу»)¹. Переживания, связанные с перечисленными и некоторыми другими обстоятельствами, были эмоционально насыщенными, т. е. носили кататимый характер, имели для больных чрезвычайно высокую значимость. Однако они были лишены живости, тоиности и многообразия сопровождавших их эмоциональных проявлений: эффект был во всех случаях в определенной степени моитонным «тяжеловесным».

Одним из первых манифестных признаков сверхценных идей ревности было своеобразное выяснение больным отношений с женой в виде пристрастных разговоров о тех сомнениях, подозрениях и т. п., которые явились причиной возникновения рассматриваемой патологии. Это происходило обычно поздно вечером или ночью и имело место в течение всего времени существования сверхценных идей.

Острая и подострая стадии рассматриваемого синдрома отличались начальными проявлениями. Острая стадия характеризовалась внезапным возникновением и развитием выраженных признаков на протяжении от нескольких дней до 2—3 нед. Для подострой стадии были типичны возникновение сверхценных идей и их развитие до уровня синдрома на протяжении от нескольких недель до 2—3 мес. Отсчет времени мы вели с момента первоначального психотравмирующего воздействия на больного того или иного из перечисленных выше ситуационных факторов. Уточнению времени появления сверхценной идеи помогало установление (со слов жены) начала систематическихочных выяснений отношений с женой. Эта фаза очень важна в становлении рассматриваемого феномена и в его трансформации в синдром. Дело в том, что в ходе таких объяснений жена не может привести доводов, уничтожающих сомнения больного и снимающих с нее подозрения, так как это, как будет показано ниже, вообще

¹ Особое место среди таких условно-патогенных воздействий занимали воспоминания о том, что жена не была девственницей, выходя замуж за больного. Однако сами по себе они редко приводили к развитию сверхценных идей и требовалось дополнительное влияние «острого» ситуационного фактора.

невозможно с точки зрения обычной логики. Так было и в наших наблюдениях, в связи с чем больные все чаще возвращались к обдумыванию подозрительных обстоятельств, а их сомнения углублялись. Постепенно раздумья в этом плане становились их постоянным занятием и приобретали все более выраженную эмоциональную насыщенность, под влиянием которой в их воображении возникали картины измен жены. Такая «визуализация» представлений была как бы логическим продолжением, развитием переживаемого состояния. Острота, мучительность переживаний становились все сильнее. Появлялось субдепрессивное настроение (по реактивному типу) с элементами тревожности и ажитированности. Больные плохо спали, у них ухудшался аппетит, присущая им эмоциональная возбудимость достигала все большей выраженности. Подчас при объяснениях с женой ими овладевала ярость, нередко дело доходило до «слез бессилия». При этой симптоматике мы считали возможным говорить о сформировавшемся сверхценном синдроме ревности.

Данные больные в отличие от больных с бредом ревности не считали, что жена постоянно изменяет, ведет развратный образ жизни, никогда не выпытывали у нее признаний в изменениях путем уличения в чем-либо компрометирующем, приведения доказательств, угроз физической расправой и др. Сверхценной становилась идея первичного подозрения, которая все более и более выдвигалась на передний план и занимала доминирующее положение в сознании больного.

Кроме того, сущность сверхценной идеи ревности в значительной мере заключается, по-видимому, в том, что переживания и объяснения больных с женой часто связаны с анализом «моральной стороны» ситуации, так как ее информационные параметры обычно незначительны. Например, наши пациенты обсуждали с «моральной» точки зрения то, что в их представлении компрометировало жену и служило поводом для сомнения, подозрения и т. п. При этом больные так ставили вопросы, что жена не имела возможности дать на них вытекающий из их содержания ответ. Например: «Как ты могла себе позволить вступить в половую связь до замужества?», «Где была твоя совесть?» и т. п. Однако наряду с такими вопросами были и другие: любила ли она того, с кем была в связи до брака или «отдалась ему по ошибке, случайно»; красивее или нет по сравнению с мужем был

«тот мужчина». При этом больные поощрительно относились к ответам жены, которые свидетельствовали о случайности связи до замужества, о том, что «тот мужчина» был менее красив, смел, темпераментен, чем сам больной. В случае другого содержания переживаний (подозрения, воспоминания, наводящие на размышления об измене, и др.) аналогичную роль играли возражения жены, в которых она применяла следующий беспронгрышный прием: «Как я могла тебе изменить, когда ты у меня самый красивый, мужественный, темпераментный...» и т. п.

Обычно больные при таком повороте событий успокаивались, иногда даже проявляли нежность к жене, признавались в любви. В двух случаях (в одном — по данным анамиеза, в другом — в процессе нашего наблюдения) проявившиеся подобным образомrudименты «психологической защиты» обусловили исчезновение сверхценной идеи. В большинстве случаев этиrudиментарные механизмы имели кратковременное действие (до нескольких суток), после чего описываемое поведение больных и другие симптомы возобновлялись. Больные опять во время очередного ночного объяснения с женой доводили себя до резкого аффективного напряжения, возбуждались, наносили жене оскорблений, побои. Нетрудно заметить, что в этом проявлялись элементы садизма¹. Днем больные были во власти ревнивых раздумий, также лишавших их душевного покоя. Однако в отличие от пациентов, описанных Л. Н. Тимофеевым (1964), которые активно рассказывали окружающим о «похождениях» жены, ее неверности, наши больные вели себя в этом отношении скрыто, никого не посвящая в ситуацию, создавшуюся в их семье. Это объяснялось тем, что больные не хотели фигурировать в миенин окружающих как обманутые мужья, боялись оказаться в связи с этим в смешном положении².

Ни в одном случае мы не отметили, чтобы больные занимались слежкой за женой, поисками доказательств измены, чтобы они (как, например, при бреде ревности) обвиняли жену в развратном поведении. Сверхценные идеи ревности характеризовались как бы застывшим, не

¹ В этом смысле нам импонирует гипотеза H. Lederer (1965) о возможности проявления агрессии как способе освобождения от стрессового состояния.

² «Эмоция стыда», присущая ревности [Leonard K., 1963].

имеющим существенной динамикой комплексом переживаний и поведения. В том, что это действительно так, убеждает стереотипность указанных выше объяснений больных с супругами, однообразие эмоциональных реакций, которые, несмотря на буриевые виешние проявления, были тусклыми, утратившими яркие индивидуальные особенности, непосредственность. Постепенно эмоциональный компонент синдрома становился все более выраженным.

Переживания больных на тему сверхценных идей «наедие с собой» приобретали характер витальных проявлений, получали более или менее независимое от других интересов и установок существование, в какой-то мере автоматизировались. Полностью «блокировались» механизмы «психологической защиты», утрачивалась «эмоция стыда», становились более выраженными элементы садизма во время ночных объяснений с женой. Одновременно нивелировались моральные стимулы такого поведения, сентенциозность и назидательность высказываний больных. Такого рода динамику мы трактовали как проявление перехода сверхценных идей в хроническую стадию течения. Длительность остро-подострой стадии равнялась в наших наблюдениях 3—6 мес¹. Только в двух указанных выше случаях отмечено самокупирование. У 7 больных синдром сверхценных идей был купирован в стационаре нейролептиками (амиазин и др.).

Таким образом, в отношении остро-подострой стадии течения синдрома сверхценных идей ревности можно говорить о сохранности внутрисемейных связей, а также об известной сохранности взаимопонимания между супругами и некоторых проявлений «психологической защиты». Объяснения по поводу сомнений и подозрений больного вращались вокруг той или иной реальной ситуации, понимание и объяснение которой больным и его женой были сходными, различалось только субъективное к ней отношение [Дементьев А. П. и др., 1963].

Характерные проявления остро-подострой стадии течения синдрома сверхценных идей ревности имелись в следующем клиническом наблюдении.

¹ На стадии развернутого синдрома острые и подострые проявления его были идентичными по клинике и «подавливались» друг к другу по длительности течения.

Больной С., 61 года. Родился в семье служащего вторым из четырех детей. Наследственность в отношении психических заболеваний не отягощена. Рос и развивался нормально, ходить и говорить начал своевременно. Болел некоторыми детскими болезнями в нетяжелой форме. Был подвижным, любознательным ребенком, но обидчивым и несколько возбудимым, не давал себя в обиду сверстникам и даже детям более старшего возраста. Раю начал обиврживать интерес к технике, любил играть в ролевые игры, изображая водителя транспорта, солдата. В школу пошел своевременно, учился хорошо, из предметов особенно любил физику, математику. Стремился к самостоятельности, болезненно относился к попыткам покровительственного отношения к себе со стороны взрослых. Начиная с 7—8 классов, думал о будущей профессии инженера-конструктора. Занимался в физическом кружке, участвовал в соревнованиях юных техников, нередко занимал призовые места. В семье его считали не по возрасту серьезным. Успешно закоинчив 10 классов, поступил в металлургический институт, но из-за начавшейся войны не закончил его, был призван в армию, участвовал в боях, дважды был ранен и тяжело контужен. В связи с контузией некоторое время не разговаривал, долго лежал в госпитале, затем был демобилизован. Из-за головной боли, снижения памяти, утомляемости не смог учиться в институте, хотя пытался это делать. Поступил на работу на крупный завод, где был на хорошем счету благодаря добросовестности, инициативности, способности к быстрому и толковому решению сложных производственных вопросов. Постоянно повышался в должностях, «дорос» до поста заместителя директора по технологическим вопросам. Закончил заочный факультет металлургического института.

Женат с первых послевоенных лет, имеет двух взрослых детей. Жена характеризует больного как несдержанного, вспыльчивого, ревнивого. Однако супруги жили дружно, так как она всегда умела гасить вспышки его раздражительности, успокаивать, поэтому до конфликтов обычно не доходило (за исключением одного случая 20-летней давности). Алкоголем больной не злоупотребляет.

При поступлении в больницу С. рассказывал, что больным себя считает около полутора месяцев, когда, находясь на курорте и наблюдая «свободное» поведение некоторых отдыхающих женщин, начал думать о своей жене, которая рвивише часто ездила на курорты и могла себя вести так же, как эти женщины. Однажды внезапно приснулся ночью «как от толчка» с мыслями о том, что 20 лет назад жена, «по-видимому», ему изменила, а он не сумел этого пресечь. Извращился сои, возникло тревожное состояние, ствол упорно думать о вероятной измене жены в то время. Вспомнил, что имел тогда «почти достоверную» информацию о половой близости жены с одним мужчиной.

Жена рассказывала, что тогда, 20 лет назад, больной довольно долго ревновал ее, ходил за ней следом, запрещал улыбаться другим мужчинам, ночи напролет вел разговоры о ее «постыдном» поведении, несколько раз бил, потом просил прощения. Это само по себе прошло через несколько месяцев и до периода нашего наблюдения не проявлялось. К психиатрам по поводу той вспышки ревности больной и его жена не обращались. На этот раз, как сообщили жена, больной, неожиданно для нее вернувшись с курорта, не спал ночами, настроение у него было подавленное, часто вздыхал, временами подолгу пристально смотрел на жену, но в течение 10 дней ничего ей не говорил. Потом рассказал, что на курорте у него возникли воспоминания о ее поведении 20 лет назад, когда он обвинял ее в измене, но не довел дело до конца, не сумел ее разоблачить. Возражения жены категорически

отверг, потребовал объяснить, почему она в то время так себя вела, позорила себя, мужа и детей. Стал приводить прежние доказательства ее измены. В частности, отчетливо вспоминал мужчину, к которому ревновал жену, — музыканта, работавшего в филармонии (где работала и жена), проживавшего с ними в одном доме и нередко сопровождавшего жену поздно вечером с работы и т. п. Такие разговоры велись каждую ночь и длились по несколько часов, больной был напряженным, злобным, оскорбляя жену, несколько раз пытался ее бить, но она не позволила, пригрозив вызвать милицию и сообщить детям. Говорил, что считает себя виноватым в том, что тогда не пресек «постыдного поведения» жены. К ее поведению в период нашего наблюдения никаких претензий не имел. Госпитализирован по настоянию жены.

В приемном покое хмур, задумчив, рассказал, что плохо спит, болит голова, плохое настроение. Связывает это с тяжелыми воспоминаниями о «подозрительном» поведении жены в прошлом. Рассказал, что вообще стал в последние несколько лет чересчур раздражительным и вспыльчивым, ухудшилась память, снизилась работоспособность. Отмечает также снижение половых способностей. Соматическое состояние — нерезко выраженная глухость тонов сердца, АД 140/100 мм рт. ст., лабильность взаимородных реакций, синхронный тургор кожи. В неврологическом статусе — нерезко выраженная асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов, трепет пальцев рук, неустойчивость в позе Ромберга.

Психический статус. У больного подавленное настроение с элементами тревоги, ажитированности: «не сидится на месте, будто беды надвигаются». Упорно думает о поведении жены в прошлом, подозревая, что она тогда ему изменяла. Обстоятельно рассказывает об этом, вспомнив все детали, всовывается, плачет. Воспоминания чрезвычайно ярки и мучительны, иногда в воображении возникают эротические сцены, в которых фигурирует жена в «свыхих развратных» позах. Еще на курорте одновременно с появлением воспоминаний ревнивого содержания понимал в какой-то мере их венужность, чуждость для себя, своей семьи. Наряду с этим переживания, связанные с воспоминаниями, имели для больного непреодолимую притягательность, «забивали» все другие мысли. Говорит, что ничего не может с собой поделать, мучается сам, измучил жену, стыдно перед нею, боится, что о таком его поведении могут узнать дети. Просит помочь, избавить от ревности, так как любит жену, дорожит ею. У больного нерезко снижена память в отношении запоминания и избирательного воспроизведения. Интеллект без грубых расстройств, хотя отмечается типичные для органического психосиндрома затруднения осмысливания новых либо неожиданно возникающих ситуаций и трудности при необходимости разобраться в сложной совокупности и последовательности потока информации. Со стороны внимания — звездование, затруднения при переключении с одного объекта на другой. Эмоционально возбудим. Отмечается проявления вспышек (раздражительная слывость, утомляемость, снижение работоспособности, нарушения сна и аппетита, головная боль). Больной критичен к проявлениям у себя патологической ревности, обнаруживает определенную сохранность тенденций «психологического вытеснения».

После лечения аминазином и зленинумом (в течение 3 нед) патологическая ревность прошла. Благополучный кватамнез — 2 года.

В данном случае у субъекта, несколько ревнивого по характеру, с выраженным (комбинированным) призна-

камн патологической почвы, в связи с воздействием ситуационных факторов (был свидетелем аморального поведения некоторых женщин на курорте) пробудились воспоминания о семейном конфликте, имевшем место 20 лет назад, когда он проявлял ревность к жене (по типу сверхценных идей), исчезнувшую без всякого лечения¹. Эти эмоционально окрашенные воспоминания в сочетании с воздействием указанных выше ситуационных факторов явились причиной возникновения сверхценных идей ревности, о чем говорят чрезвычайная острота, аффективная насыщенность переживаний, их ретроспекция². Ночные объяснения с женой происходили почти ежесуточно. Переживания ревности не проецировались на текущее время.

Синдромы сверхценных идей ревности переходили в стадию хронического течения в связи с тем, что больные не попадали своевременно в поле зрения психиатров, у них наблюдалась неблагоприятная динамика органического заболевания ЦНС, у ряда больных нарастали проявления церебрального атеросклероза. Эта стадия длилась годы, больные неоднократно госпитализировались. Происходила дальнейшая трансформация проявлений ревности: с одной стороны, еще больше снижался компонент интеллектуальной переработки переживаний, с другой — начинал более интенсивно выступать поведенческий компонент ревности, включающий элементы садизма³. В отличие от острых и подострых проявлений синдромов сверхценных идей не наблюдалось какой-либо динамики эмоциональных расстройств; отсутствовали признаки волнения, зантересованности больных в объяснениях с женой. Последнее не обязатель-

¹ На возможность самоокупирования сверхценных идей указывают многие авторы, в частности Т. П. Печерникова (1979), Н. А. Опры (1986), К. Birnbaum (1928), N. Petrilowitsch (1966), T. Bilikiewicz (1966, 1979).

² А. В. Снежневский (1983) совершенно резонно утверждает, что сверхценные идеи нередко возникают как запоздалое преобразование естественной реакции на реальные события (разрядка наша. — Е. Т.).

³ Описываемые нами случаи напоминают наблюдения W. Lindenberger (1948) над группой больных с повреждением мозга, которые в чужом окружении кажутся робкими, безвольными, а по отношению к более слабым и к своей собственной семье супров и беспощадны. Мы считаем, что для объяснения такого поведения имеют значение свойственные больным в связи с неблагоприятным течением энцефалопатии прогрессирующие аффективные нарушения (возбудимость, злопамятность, склонность к застреванию на обидах, мстительность, частые дисфории), а также тугоподвижность мышления.

ио происходили в ночное время, наблюдались и днем.

Временами у больных наступало усугубление энцефалопатических проявлений в виде усиления головной боли, нарастания общей слабости, тревоги на фоне субдепрессивного настроения с оттенком дисфории. Появлялась выраженная слезливость, больные испытывали неопределенные страхи по ночам, гипногогические галлюцинации, нередко слышали «оклики». Они предъявляли жалобы на сердцебиения, неприятные ощущения в области сердца. В таких случаях проявления ревности затухали, объяснения с женой прекращались.

Больные были угрюмыми, как бы погруженными в себя, иочами не спали. У окружающих было впечатление, что они недостаточно полно понимают обращенную к ним речь. Поступления в психиатрическую больницу на данной стадии были чаще связаны именно с такими состояниями. По поводу самих сверхценных идей ревности больные госпитализировались реже — обычно при их резком усилении под влиянием алкоголизации¹, дополнительных психических травм, иногда в связи с агрессивным поведением с садистскими тенденциями.

Если при остром и подостром течении больные никому не сообщали о своих семейных делах, то при хроническом течении в это посвящался широкий круг людей, включая посторонних. Основной целью этого были публичные оскорблении жены как «морально падшей» женщины, издевательство над ней, причинение ей моральных мучений, что указывает на наличие у больных выраженных садистских тенденций. У больных с явлениями органической деменции такое поведение отличалось примитивностью. Однако не было слежки за женой, стремления получить доказательства измены, «припереть ее к стенке», уличить. Идеаторный стержень сверхценности, и без того слабый при данном варианте течения синдрома сверхценных идей ревности, в таких случаях совершило редуцировался и не звучал в переживаниях и высказываниях. Исчезали стремление к «моральному испровержению» жены, попытки собственой моральной компенсации. Ревнивое поведение все более освобождалось от компонента интеллектуальной переработки мотивов и доводов и как бы существовало само по себе, напоминая

¹ В рамках донозологических форм злоупотребления алкоголем [Бехтель Э. Е., 1986].

в какой-то мере хулиганство. Больные понимали недопустимость такого поведения, при вызовах женой милиции они утихомиривались, говорили, что на них клевещут, «возводят напраслину», что ничего подобного не было и т. п. Когда сотрудники милиции уходили, все повторялось в прежнем виде.

Довольно типично данный вариант развития синдрома сверхценных идей ревности представлен в следующем наблюдении.

Больной Б., 53 лет. Поступил в психиатрическую больницу и находился в ней 66 дней в связи с болезненной ревностью, которую проявлял в течение 6 лет. Данное поступление — третье. Первый раз госпитализировался 5 лет назад, через год — повторно. Конкретным поводом для госпитализации в данном случае явилось то, что больной на почве ревности был агрессивен по отношению к жене.

Родился в семье рабочего, рос и развивался нормально, перенес в раннем детстве корь, проротит без осложнений. В школу пошел своевременно, окончил 7 классов, успеваемость была средней. После школы закончил ремесленное училище, работал на заводе слесарем. Женат с 25 лет. Имеет трех детей, из которых сын и дочь состоят в браке, а младший сын служит в армии. Женился по любви. Однако жена при вступлении с ним в брак оказалась не девственицей, был этим сильно разочарован и обижен, но простил, лишь изредка, в основном в состоянии опьянения, упрекал жену. Свадьбе об этом думал часто, «с болью в душе». По характеру всегда был ревнивым, но реакции ревности, связанные с каким-либо конкретным подозрением, были кратковременными, обычно после объяснений с ней все проходило, больной извинялся. Эпизоды ревности были весьма умеренными также по характеру высказываний, аффективному напряжению, до оскорблений жены дело никогда не доходило. Свадьбе не изменял. Был хорошим, заботливым, любящим мужем и отцом. Алкоголем не злоупотреблял.

Служил в армии, был образцовым солдатом, имел много поощрений, взысканий не было. После возвращения с военной службы продолжал работать на заводе. Считался хорошим специалистом, трудовую дисциплину не нарушал, был отзывчивым, дружелюбным. Работа нравилась, хорошо зарабатывал. Не терпел несправедливости, всегда готов был встать на защиту обиженного. Физически был здоров, отлячился ровным настроением.

В 38 лет перенес заболевание головного мозга (энцефалит неизвестной этиологии), через несколько лет после которого развился выраженный энцефалопатический синдром. Постоянно жаловался на головную боль, слабость, забывчивость, стал хуже соображать, сделался раздражительным, не терпел возражений, часто возникали вспышки гнева по различным, часто незначительным поводам. Изменился характер: стал черствым, хмурым, генотичным, придирчивым, порой немотивированно злобным и даже жестоким по отношению к жене и детям, правда, с последующим раскаянием. Изменились и проявления свойственной ему ревности — стали более частыми претензиями в этом плане к супруге, более длительными эпизодами ревности, которые чаще всего связывались теперь с прошлой ситуацией (отсутствие у жены девственности при вступлении в брак). Однако в каждом случае такие ревнции «свмокупировались», безотказно, хотя и не так быстро, как

раньше, действовали уговоры жены. Больной просил прощения у жены, плакал.

Между тем состояние его здоровья ухудшалось, и больной был переведен на инвалидность II группы (в возрасте 47 лет). Однажды кто-то из знакомых сказал, что его жена кокетничает с одним из ее сослуживцев. Он сразу в это поверил и воспринял как невыносимую обиду. Одновременно очень отчетливо и ярко всплыло в сознании представление о том, что жена до замужества жила половой жизнью, возможно, не с одним мужчиной. В тот же день поздно вечером последовало бурное объяснение с женой, продолжавшееся до глубокой ночи, во время которого жена категорически все отрицала, дала честное слово, что это не так. Больной как будто несколько успокоился, но все-таки ночью не спал. В голову все время лезли мысли о «кокетстве» жены с другим мужчиной, о том, что она, по-видимому, пренебрегает им как больным человеком. Постоянно думал об этом, часто устраивал объяснения с женой, то и дело прибегал к алкоголю. Во время алкогольного опьянения ревность обострялась. В последние годы стала прогрессировать половая слабость. Во время очередного ночного объяснения, будучи пьяным, избил жену. Она вызвала милицию и рассказала, в чем дело. Психиатрическойbrigадой скорой помощи больной был доставлен в психиатрический стационар, где находился около месяца. Диагностирована энцефалопатический синдром с психопатизацией личности и яркими явлениями органической деменции лакунарного типа. Патологическая ревность была расценена как сверхценная.

Описываемые остро-подострые проявления ревности наблюдалась у больного около полугода. Затем тема «кокетства» жены и отсутствия девственности при вступлении в брак перестали быть предметом объяснений больного с нею, сохраняясь в весьма редуцированном виде. Ревность все больше проявлялась в оскорблении, избиении жены и изощренных издевательствах над нею. Одновременно с этим прогрессировала органическая неврологическая симптоматика, по поводу чего был повторно госпитализирован в психиатрическую больницу через год после выписки. В тот период ревность как бы отступила на задний план. Проводилась общеукрепляющая, дегидратационная, седативная, рассасывающая терапия. Через 3 нед больной был выписан с улучшением состояния.

Дома почти сразу начал вести себя по-прежнему: был агрессивен по отношению к жене, обнаруживал садистские тенденции. Например, часто угрожал ей убийством, сопровождая угрозы действиями по типу морального садизма: вооружался ножом, замахивался им на жену, при этом подробно говорил о деталях расправы над нею, а когда в связи с этим обстановка в семье накалялась до предела, он удовлетворенно улыбался. При детях и внуках предлагал жене, чтобы она покончила с собой. Однажды зимой загнал ее в траншею строящегося водопровода и стоял наверху, назидательно говоря: «Я тебя научу, как надо себя вести замужней женщине!» Часто рвал и жег белье и одежду жены, «чтобы не флиртовала». Впрочем, за несколько лет были эпизоды, когда больной «стихал», делался задумчивым, говорил жене, что он измучил ее своей ревностью, но ничего не может поделать с собой. Потом все повторялось снова.

При поступлении в больницу больной был спокоен, о ревности говорил неохотно, в частности, отмечал, что в неверности, распущенности жену прямо не обвинял, были только сомнения и подозрения, под влиянием которых чувствовал себя, «как на пороховой бочке», как бы все время боялся, чтобы жена не изменила. Измучили воспо-

минания о том, что жена «досталась нечестной». В отделение пошел охотно: «Нужно подлечить нервы и отдохнуть от дурных мыслей».

Соматическая сфера — сухие хрипы в межлопаточном пространстве; сердце — тоны приглушены, на верхушке слабый систолический шум. Неврологический статус — вялость фотореакций, рефлексы с правой руки выше, чем с левой. Справа — фрагментарный рефлекс Бабинского. Резкая лабильность вазомоторных реакций, потливость. Выраженный трепет пальцев рук и языка. Пошатывание в позе Ромберга.

Психический статус. Некоторое снижение интеллекта в форме органической деменции лакунарного типа с ослаблением памяти. Снижена сообразительность, плохо справляется с тестами на осмысление, с устным счетом. Замедление и торpidность психических процессов, суетливость, растерянность при необходимости разобраться в новой ситуации, решить даже несложную задачу. Эмоциональная сфера — нерезко выраженная эйфория с переоценкой собственной личности и снижением критических способностей; иногда, наоборот, угрюмость, дисфорические проявления с раздражительностью, замкнутостью. Раздражительность достигает степени резкой возбудимости, когда больной срывается на крик, краснеет, усиливается трепет. Обычно в отделении несколько слащав, подобострастен, услужлив. Занимается настольными играми, включается в трудовые процессы, но быстро устает. Часто обращается к врачу с жалобами астенического характера и различными просьбами, подчас исключающими одна другую (помирить с женой, написать брату, чтобы взял его к себе после выписки, помочь оформить развод). Иногда обращается с просьбами о выписке, обещая не ревновать жену, «держать себя в руках». При разговоре о взаимоотношениях с женой то спокоен и соглашается, что неправильно себя вел, то, озлобившись, начинает кричать, что не верит ей.

После лечения (нейролептики, транквилизаторы; общеукрепляющая, рассасывающая, дегидратационная терапия) выписан из больницы. Дальнейшее наблюдение показало, что больной продолжал по-прежнему ревновать жену.

Таким образом, в данном случае у больного, страдающего довольно тяжелой формой органической энцефалопатии (вариант психоорганического синдрома) с проявлениями лакунарной деменции, развился синдром сверхценных идей ревности. Поводом явилась психическая травма сексуального содержания, но довольно сомнительной значимости, которая едва ли у другого человека могла бы спровоцировать аналогичное развитие личности. У нашего больного этому способствовали ревнивость и некоторая паранойальность в преморбиде и психопатизация личности в рамках энцефалопатии с появлением признаков возбудимости и заострением паранойальных черт. Кроме того, в этом плане бесспорную роль сыграли явления деменции.

Динамика клинического течения сверхценных идей в этом случае в силу только что рассмотренных особен-

ностей патологических изменений личности была несколько смазанной. Все-таки сначала удается отметить остро-подострые проявления с типичными признаками тяжелых, личностно значимых, эмоционально окрашенных переживаний, продолжавшиеся около полугода. Затем признаки остроты миновали и синдром сверхценных идей трансформировался в хронический, для которого были характерны крайняя бедность интеллектуального¹ и эмоционального компонентов, выраженная агрессивность и садистские тенденции.

Синдромы сверхценных идей ревности у психопатических личностей² возникали в связи с воздействием психических травм сексуального характера (чаще — условно патогенных), которые, будучи «ключевыми переживаниями» [Kretschmer E., 1950] с выраженной отрицательной эмоциональной окраской, довольно скоро приобретали высокую субъективную значимость для больных, определяя кататимный тип образования сверхценных идей ревности. Звучание психической травмы прослеживалось и в последующие периоды течения синдрома. Больным не удавалось отвлечься (во всяком случае на более или менее длительный срок) от упорных мыслей о подозреваемой измене жены, от воспоминаний об этом. Они становились постоянными, со все более мощной аффективной окраской, что и приводило к развитию синдрома сверхценных идей (сверхценно-паранойального синдрома)³.

Развитию сверхценных идей ревности у данной группы больных способствовало то, что еще в преморбиде они отличались конфликтностью, эгоизмом и эгоцентризмом, подозрительностью и недоверчивостью, злопамятностью и мстительностью, косностью и ригидностью психических проявлений. У возбудимых психопатов имелась также склонность к взрывоподобным аффективным разрядам, у паранойальных над всем преобла-

¹ E. Bleuler (1920) указывал на то, что сверхценные идеи целиком срастаются с личностью. В данном случае сниженный по дементному типу уровень личности больного делает сверхценные идеи примитивными по интеллектуальной переработке. Сверхценная идея в этом смысле импонирует как развивающаяся «понятым образом из личности» [Jaspers K., 1965].

² Об особенностях судебно-психиатрических оценок при сверхценных идеях ревности говорится в конце данной главы.

³ «Паранойальный синдром — бредовое состояние. Однако этот термин и в общей, и в судебной психиатрии нередко используется также и по отношению к сверхценным идеям» [Морозов Г. В., 1988].

дали стойкость аффекта с его способностью брать верх над логикой и рассудком, а также «непрерывность к несправедливости» [Смулевич А. Б., 1983], большая эмоциональная напряженность значимых для них переживаний в сочетании с узостью кругозора, ограниченностью интересов. Имел значение также переоценка собственной личности и склонность к построению схем в суждениях. Данные особенности личности таких пациентов позволяют понять своеобразную косность симптоматики, в частности незамысловатость фабулы сверхценных идей, отсутствие тенденций к ее усложнению. Обвинения жены в супружеской неверности, а чаще сомнения и подозрения на этот счет неизменно остаются психологически понятными.

Во всех наблюдениях у психопатических личностей сверхценные идеи ревности возникли путем трансформации нормальной ревности в виде острых невротических реакций (здесь иногда, по-видимому, могут быть значимы одни и те же психотравмирующие факторы), т. е. нормальная ревность не исчезала, не вытеснялась, а «перерождалась» в сверхценную идею в связи с «поломкой» механизмов психологического вытеснения [Терентьев Е. И., 1982].

Больные тратили много времени на размышления об этом, устраивали объяснения с женой, во время которых прослеживались садистско-мазохистские тенденции. В отличие от больных с бредом ревности они не предъявляли жены обвинений в развратности, в сожительстве с многими мужчинами¹. Эмоциональный фон при описываемом состоянии определялся усиливанием либо уменьшением напряженности аффекта в зависимости от внешних обстоятельств и взаимоотношений с женой².

Больные обычно указывали на конкретное лицо как на объект измены. Они почти не обращались к интерпретации отдельных фактов, деталей той или иной ситуа-

¹ Представляет интерес, что проведенные Е. А. Готвиг (1984) наблюдения над больными, являющимися коренными жителями северо-кавказского региона, показали сугубую значимость для них при сверхценных идеях ревности в патопластическом отношении традиционных представлений о «мужской чести», с которой считаются несовместимы сомнения в супружеской верности жены, подозрения в ее нарушении. Этим объясняется редкость сверхценных идей ревности в данном регионе.

² Жены некоторых больных умели их успокаивать и на какое-то время снижать аффективное напряжение их переживаний.

ции. Переживания были монотематичными, как бы стереотипными, так как проявлялись с самого начала и в дальнейшем на протяжении всего существования сверхценных идей только по одному конкретному («исходному») поводу, причем в переживаниях интерпретировался не сам факт измени (даже не отмечалось стремления к тому, чтобы его подтвердила жена), а «моральная сторона» проблемной для больного ситуации. Поведение больных было во всех случаях идентичным, существенно отличающимся от поведения, с одной стороны, при бреде, а с другой — при нормальной ревности.

В случаях благополучного разрешения психотравмирующей ситуации, в частности под влиянием длительного и умелого разубеждения со стороны жены, снижалась аффективная напряженность переживаний, исчезала категоричность в суждениях больных, упорные подозрения в супружеской неверности уступали место критическому подходу при анализе ситуации¹. При своевременном лечении (даже в амбулаторных условиях) сверхценные идеи ревности у наших больных исчезали.

Изложенное в данной главе показывает, что синдромы сверхценных идей ревности у больных с резидуальными явлениями органического поражения с остро-подострыми и хроническими проявлениями различаются по характеру эмоциональных нарушений, возможностям интеллектуальной переработки, проявлениям «психологической защиты», наблюдающимся на остро-подострых стадиях и исчезающим на хронических.

Сверхценные идеи ревности возникали в связи с воздействием на больных условно-патогенных психотравмирующих факторов, однако имеющих отношение к сексуальным проблемам и поэтому обладающих для больных большой силой воздействия и длительной нензжимаемостью [Иванов Н. В., 1966; Leonhard K., 1963].

Психотравмирующие факторы сексуального характера могут быть одинаковыми как при нормальной ревности в форме невротической реакции, так и при сверхценных идеях. До тех пор, пока это невротическая реакция, психическая травма переживается дифференцированно, адекватно ее тяжести и ряду семейных и личностно-психологических критерев. Например, фак-

¹ Благодаря элементам критики сверхценные идеи сохраняют самостоятельность как психопатологический феномен [Иванов Н. В., 1966].

тическая измена переживается тяжелее, чем подозрения разной достоверности. Имеют значение возраст супругов, состояние здоровья, моральные, эстетические и другие моменты. Однако как только «на руинах» невротической ревности возникает сверхценная идея, ревность начинает проявляться в патологически застойном, неадекватном для семейной ситуации виде, хотя, конечно, критерий психологической понятности остается в силе¹. Таким образом, с помощью данной концепции [Терентьев Е. И., 1982] можно подойти к пониманию факторов возникновения сверхценных идей ревности. В этом ее определенный научный и практический интерес.

Динамика синдромов сверхценных идей ревности у психопатических личностей, насколько позволяют судить наши исследования, не представлена столь отчетливо по стадиям, как у больных с органической патологией центральной нервной системы. Она наблюдается на всем протяжении существования синдрома в более или менее одинаковом виде по выраженности симптоматики, степени ее остроты, аффективной напряженности переживаний и др. Это, по-видимому, соответствует представлению П. Б. Ганиушкина (1964) о психопатиях. Так, он пишет, имея в виду психопатов, что «присущие им патологические свойства представляют собой постоянные, врожденные свойства личности, которые хотя и могут в течение жизни усиливаться или развиваться в определенном направлении, однако обычно не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям»².

Острая и подострая стадии, бесспорно, существуют в образовании сверхценных идей ревности при психопатиях, но чаще они распознаются уже в виде полностью сформировавшегося синдрома, миновавшего острую стадию развития и имеющего большую длительность существования. Однако здесь длительность в отличие, например, от таковой при синдромах сверхценных идей ревности у больных с резидуальной органической симптоматикой не измеряется многими годами. Будучи болезненным состоянием как таковым (реактивное развитие

¹ Об этом может свидетельствовать, в частности, влияние на психопатологическую структуру, распространенность и степень выраженности сверхценных идей ревности социально-культуральных факторов.

² Следует, очевидно, согласиться с тем, что сверхценные идеи у психопатов могут быть представлены в широком диапазоне по проявлениям в регистре ядра личности — от высокоалtruистических до узко эгоистических [Mayer-Gross W., Slater E., Roth M., 1960].

личности психопата), чем-то новым для субъекта и его окружения, данный синдром требует принятия мер, т. е. обращения за медицинской помощью (чаще по инициативе жены больного) в течение нескольких месяцев, от силы 1—2 лет после его возникновения. Терапевтический эффект, судя по нашим наблюдениям, при этом довольно высок. Во всяком случае у больных с психо-органическими синдромами данная патология меньше поддается лечению.

Трансформации сверхценных идей ревности в бред мы в своих многолетних исследованиях не наблюдали.

Представляет определенный интерес выявленная особенность поведения лиц со сверхценными идеями ревности, совершивших преступления, квалифицированные судебно-следственными органами по статьям 102—113 УК РСФСР (преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности). Например, в случаях противоправных действий, квалифицированных по статьям 102, 103, 108 УК РСФСР (убийство, покушение на убийство, тяжкие телесные повреждения), подэкспертные были склонны оправдывать свои действия изменениями жены. Они, как правило, были многословными и обстоятельный в части изложения доказательств ее супружеской невериности, живо и красочно описывали свои переживания, стремились вызвать у окружающих сопереживание, сочувствие. При квалификации таких противоправных действий, как хулиганство (статья 206 УК РСФСР), истязания (статья 113), угрозы убийства (статья 207), нанесение относительно легких телесных повреждений, т. е. в случае менее тяжких правонарушений с относительно небольшими сроками наказания, обследуемые предпочитали умалчивать о своих ревнивых переживаниях, были скучны и лаконичны в высказываниях, подчас отрицали непосредственную связь правонарушения с супружеской неверностью жены, решительно отвергали указания на это в уголовном деле. Такое поведение было в определенной мере психологически понятым в плане борьбы за возможно меньший срок наказания. Оправдания обследуемых основывались на отрицании причастности к совершенному противоправному деянию, на заявлениях о стремлении потерпевшей стороны «посадить», «избавиться» и т. п. По тем же причинам в случаях совершения тяжелых деяний подэкспертные строили свою защиту на утверждениях о «неправильном» поведении жены, не скучились на

доказательства этого. Описанных зависимостей мы не отметили у больных с бредом ревности. Создается впечатление, что это можно объяснить большей интеллектуальной сохранностью лиц со сверхческими идеями ревности, относительно нерезко выраженным у них «искажением нормального строя мыслительной деятельности» [Фрейеров О. Е., 1965], наличием элементов критической оценки сложившейся ситуации.

Глава 3

ПСИХОПАТОЛОГИЯ БРЕДА РЕВНОСТИ

Паранойяльный бред, являющийся важнейшей формой первичного бреда (бреда толкования, интерпретативного бреда), издавна занимал в психиатрических исследованиях центральное место, отождествлялся с «существованием», длительное время расценивался как самостоятельное душевное расстройство. Подобные оценки включали вполне естественно и бред ревности как основной компонент паранойяльного синдрома в тех или иных случаях.

Проблема паранойяльного бреда ревности остается весьма актуальной и ныне. Е. Мейег (1910) указывал, что бред ревности можно встретить практически при всех «неврозах и психозах», а не только при хроническом алкоголизме. Вопрос о нозологической принадлежности патологической ревности не исчерпан до настоящего времени. Так, среди психических заболеваний, при которых может наблюдаться бред ревности, Н. Монеу (1965) называет алкоголизм, другие наркомании, органические заболевания головного мозга, эпилепсию, олигофрению, шизофрению, психозы позднего возраста. М. Shepherd (1967) описывает бред ревности у больных с цитоксикационными и органическими психозами, алкоголизмом, наркоманиями, органическими церебральными заболеваниями, а также шизофренией, маниакально-депрессивным психозом.

О все возрастающем значении бреда ревности в клинике различных психических заболеваний говорится в работах Н. Н. Иванца (1970), Н. П. Калининой (1976), Г. В. Морозова (1977), А. Б. Смулевича (1987), R. Lemke, H. Rennert (1960), M. Bleuler (1962), N. Retterstöhl (1967), W. Schulte, R. Tölle (1977), G. Laux, F. Reimer (1979), Ch. Scharfetter (1984), H. Jähnig, E. Littmann (1985), P. Brice (1986), A. Margneros, A. Deister с соавт. (1988), A. Margneros, A. Rohde с соавт. (1988) и др.

Несмотря на активное изучение как бреда ревности, так и других паранойяльных синдромов, пока еще не

раскрыты кардинальные вопросы психопатологии бреда, не изучены аспекты содержания самой его иден, «идеаторный стержень», и если в работах конца XIX — начала XX века этим моментам уделялось внимание, то в настоящее время, к сожалению, чаще обсуждаются другие, менее существенные стороны данной патологии. Определения паранойального бреда практически отсутствуют, их роль выполняют описание поведения больных, не отражающие сущности изучаемого явления. Особенности поведения, типичные для той или иной формы паранойального бреда, как психопатологические феномены не изучаются. Отсюда вполне понятным становится высказывание о том, что легче поставить диагноз бреда, чем дать его дефиницию [Schulte W., Tölle R., 1975, 1977].

Одной из причин отставания в развитии учения о бреде служит, по нашему мнению, тенденция изучать это важнейшее психопатологическое явление на уровне синдромов, а не симптомов, что, конечно, затрудняет тщательное исследование самой его внутренней структуры, особенностей «логики», мотивационных аспектов, начальных (первичных, исходных) основ содержания бреда и т. п. Достаточно сказать, что в ряде руководств по психиатрии даются лишь общие указания о симптоматологии бреда, а отдельные виды бреда лишь перечисляются. Нашей задачей в данном случае является проведение именно симптоматологического анализа первичного бреда как основной составной части паранойальных бредовых синдромов. Вопросов трансформации сверхценных идей в бред, значения синдрома «сверхценного» бреда в генезе паранойальных состояний мы не касаемся. Во-первых, нам ни разу за много лет не приходилось наблюдать перехода сверхценных идей в бредовые. Мы равным образом никогда не видели, чтобы паранойальному бредовому синдрому предшествовал сверхценный бред. Считать, как это иногда делают некоторые авторы, что сверхценный бред является таковым до тех пор, пока паранойальные переживания психологически понятны, было бы, на наш взгляд, неверно. Например, Т. И. Юдин (1926) указывает, что психологически понятно только содержание бреда, но не его возникновение. Что касается сверхценных идей, то как раз всегда психологически понятны их и возникновение, и содержание, как бы долго в том или ином случае они ни существовали.

Ch. Scharfetter (1976) указывает на несостоитель-

ность используемых в психопатологии определений бреда. G. Huber, G. Gross (1977) считают, что до сих пор не достигнут синтез различных направлений в изучении бреда, причем существующие направления они подвергают критике как неудовлетворительные. Объяснения и те затруднения, испытываемые при разграничении нормальной и патологической ревности, на которые указывают многие авторы. Они обусловлены тем, что недостаточно известны «фактические обстоятельства» [Lemke R., Rennert H., 1960], «актуальная ситуация» [Witter H., 1970] и отсутствуют четкие границы между нормальной и патологической ревностью [Rettnerstöhl N., 1967; Tölle R., 1972] и даже, наоборот, прослеживаются якобы отчетливая связь и сходство между ними [Калинина Н. П., 1976].

Естественно, что такая «интеграция параноидного поведения» с внешними обстоятельствами [Mayeg-Gross W., 1950] основывается лишь на поверхностном сходстве бреда и определенных психологических феноменов, и этого нельзя не принимать в расчет при научном подходе к изучению бреда. Констатация существенного сходства каких-либо явлений предполагает допущение сходства причин, их обусловливающих. Однако в подобном плане говорить о сходстве бреда и переживаний психически здоровых людей совершенно неправомерно, поскольку психологически понятно только содержание бреда, но не его возникновение [Юдни Т. И., 1926]. Бред не может быть связан с реальными фактами ни в позитивном, ни в негативном отношении, и признание этого должно быть бескомпромиссным.

Обычно говорят о возникновении бреда на патологической основе, в качестве которой указывают психическую болезнь, и определяют бредовые идеи как возникающие «на почве» последней ошибочные суждения с высокой субъективной уверенностью больных в их достоверности [Перельман А. А., 1957]. Однако такое определение нуждается в пересмотре по следующим соображениям. При бредовых психозах бред есть основной компонент болезни, причем в большом числе случаев такого рода бред — как бы сама психическая болезнь, и доля допущения здесь незначительная: давно описаны «мононидейные» паранойи, бред ревности называют душевным расстройством «reg excellence» [Schulte W., Tolle R., 1975]. Следовательно, утверждать, что патологической основой бреда является психическое заболе-

ванне, неправомерно и недопустимо. Патологическое основание возникновения бреда бесспорно, но таковым, очевидно, следует считать не психическую болезнь в широком смысле, а патологический сдвиг суждения, обусловленный каким-то пока не известным органическим церебральным нарушением [Gruhle H., 1951], поражением мозгового субстрата [Поляков Ю. Ф., 1971], «сущностями мозга» больного [Дубровский Д. И., 1971].

Зарождение идей бреда, «бредовое озарение»¹ представляет собой патологический сдвиг суждения, «существование установки» [Краепелин Е., 1915], первичное [Jaspers K., 1965], «психологически невыводимое» [Kolle K., 1957] бредовое переживание, образующееся «эндогенно и вневременно» [Евлахов А. М., 1928]. H. Eu, P. Bergnard, C. Brisset (1967) говорят в этом смысле о возникновении «бредового вымысла», H. Kriegler (1917) — о смещении сознания личности². Однако эти и другие определения лишь указывают на то, что происходит какой-то сдвиг в сфере мышления больных при бреде. Анализ самой сущности этого сдвига, т. е. возникающих при нем особенностей нарушений смыслообразования, «стержневой» структуры самих бредовых идей, в работах названных и многих других авторов, к сожалению, практически отсутствует. Данное обстоятельство и послужило поводом для наших поисков в этом направлении.

«Первичная фабула» паранойального бредового синдрома

Проявляющийся первоначально при психическом заболевании указанный выше «бредовый вымысел» мы предложили [Терентьев Е. И., 1972, 1981, 1982, и др.] назвать «первичной фабулой», имея в виду, что она представляет собой совокупность «суждений», в которой выражена основная концепция бреда. «Первичная фабула» в нашем понимании является своеобразной посылкой с заданным решением, предвосхищающей ход раз-

¹ В генезе бреда могут играть роль механизмы интуиции [Eu H. et al., 1967; Loo P., 1979], своеобразной эвристикки, т. е. идея бреда может возникать у больного наподобие того, как возникает идея открытия у исследователя.

² Именно в этом смысле Ch. Scharfetter (1984) выделяет в качестве особо значимых разделы «сознания собственного Я» и «бред».

работки бредовой системы, обусловливающей в известной мере незыблемость возникающих на ее основе суждений, которые в представлении больных отвечают всем критериям истинности (причем аксиоматической), справедливости, непреложности¹. Не случайно Е. Краерелин (1915) подчеркивал, что «принципиальная непреложность» бредовых представлений является главным признаком паранойяльного синдрома.

«Первичная фабула» паранойяльного бреда ревности представляет собой совокупность «суждений», отражающих полнейшую убежденность больного в том, что жена — распущенная в половом отношении, развратная женщина, причем распущенная и развратная «в корне», «от роду», «до основания», что и является причиной ее супружеских измен. Эта убежденность абсолютно бескомпромиссна, направлена как в прошлое (бредовая ретроспекция), так и в будущее. Жена считается запятнавшей себя, мужа и детей самым грязным позором, способной на любую форму разврата, самого отвратительного и изощренного, на попрание нравственных устоев семьи и даже общества. В соответствии с таким содержанием «первичной фабулы» жена признается способной к кровосмешению (обвинения в развратной половой жизни с собственными детьми, отцом, братьями), на любое половое преступление, уголовное преступление на сексуальной основе, например, на убийство мужа в словоре с любовниками и т. д.

Следует отметить, что характер бредовых суждений в отношении личностных свойств жены и ее поведения отражает «традиционные» притязания ревнивцев-мужчин. Это обусловлено, как указывалось выше, распространенными в общественном мнении представлениями об особенностях женской сексуальности и выступает в случае паранойяльного бреда как патопластический фактор².

«Правомерно допустить, — пишет Б. Д. Фридман (1978), — что между патологией мозга и таким продуктом интеллекта, как бред,

¹ E. Melges, A. Freeman (1975) считают причиной такой непреложности бредовых идей то, что персекуторные суждения заставляют больных сопротивляться попыткам разубеждения, поэтому они руководствуются в оценке ситуации собственными умозаключениями.

² Что касается «логической структуры» «первичной фабулы» бреда иного содержания, то соответствующие описания можно найти в других наших работах [Терентьев Е. И., 1978, 1981; Банщиков В. М., Терентьев Е. И., 1975].

должен быть еще промежуточный фактор, который в сознании получает свое перекодированное выражение в виде бреда». Мы склонны согласиться с автором. Возникновение «первичной фабулы» именно и можно представить как перемещение фокуса патологии мозга на бредовый уровень или как рождение своеобразного кода болезниенных переживаний в форме паранойального бреда. В процессе существования и систематизации последнего все бредовые переживания и поведенческие феномены проявляются по «заданию» программе, содержащейся в «матрицах» «первичной фабулы», и считаются с нее в самом существенном, а именно в части «логической» посылки и мотивации. Мотивационная функция «первичной фабулы» состоит в том, что на ней, как на аксиоматическом суждении (разумеется, «первичная фабула» — аксиома только для самого больного), основывается система бреда. Как известно, в логике такие суждения относят к суждениям необходимости, а в них «мы не можем предположить нечто другое, противоположное тому, что утверждается в суждении» [Горский Д. П., 1963]. Следовательно, бред можно считать патологическим вариантом суждения необходимости. Он является в этом смысле самостоятельным образованием и ни в коем случае не может и не должен относиться к ошибкам суждения. Строго говоря, паранойальный бред представляет собой суждение, формально правильное, но идущее от неверной посылки, — «суждение необходимости», которое опирается на воображаемую аксиому — «первичную фабулу». Эта фабула придает бреду основные признаки, служа основанием для дальнейших все более нелепых построений¹.

Крылатая фраза Д. Локка «Безумные похожи на тех, кто очень правильно судит в пределах ложи уставивленных принципов», в известной степени справедлива, как и утверждение А. М. Евлахова (1928), согласно которому интеллект больного «уже образовавшийся бред „умио“ обосновывает „фактами“ действительности и систематизирует в себе самом». Действительно, когда, например, больной с паранойальным бредом ревности утверждает, что ему изменяет жена, то в этом утверждении нет чего-то по-бредовому нелепого, невозможного; само по себе это утверждение не содержит логической ошибки, патологии суждения. Аналогичные ошибочные суждения наблюдаются и у психически здоровых ревнивых людей (тем более неправильно считать, что это суждение является патологическим постольку, поскольку в реальных обстоятельствах нет фактов, которые бы его подтверждали). Что же касается «первичной фабулы», то она формулируется при помощи суждений,

¹ Наша концепция согласуется с наблюдениями ряда авторов. Так, G. Huber, G. Gross (1977) говорят о внезапно возникающих бредовых мыслях, которые в дальнейшем с помощью «бредовой работы» могут систематизироваться. Р. Loo (1979) считает, что в первую очередь образуется начальный постулат бреда («бредовая интуиция»), а затем развиваются «вторичные интерпретации».

грубо искажающих в своем содержании именно каузальные, причинно-следственные связи реальности внешнего мира. В этих суждениях, как указывалось выше, усилены и извращены факторные, мотивационные критерии мыслительных процессов, отражающие личностно значимые установки больных, измененные болезненным процессом.

«Первичная фабула» проявляет себя в несоответствии требованиям логики еще с одной стороны. «Решение вопроса о том, является та или иная мысль истинной или ложной, достигается в конечном счете ее проверкой на практике» [Горский Д. П., 1963]. В логическом мышлении всегда имеется посылка в виде проблемной задачи, проблемной ситуации, требующей решения, проверки истинности, логичности, поскольку «при помощи мышления мы постоянно ставим и решаем определенные познавательные задачи, проблемы» [Горский Д. П., 1963]. Именно этого нет при бреде в силу структурных и логических нарушений в «первичной фабуле» как посылке бредового мышления, в силу кривой логики бреда.

Учитывая изложенное выше, в определении бреда следует исходить из признания того, что бред во всем многообразии проявленный и свойств (бредовые суждения, построения, входящие в бредовую систему, отсутствие критического отношения к явно и заведомо неверным, ложным суждениям и выводам с невозможностью их коррекции, типичные формы поведения и др.) возникает и развивается на основе патологического сдвига суждения с проявлением «первичной фабулы», являющейся в данном случае главным звеном психопатологии, которое обусловливает нарушения мыслительных процессов у бредовых больных в виде своеобразного порочного круга суждений, относящихся к теме (содержанию) бреда.

Позволим себе основываться на значении изучения письменной продукции больных для анализа содержания и динамики бреда. Различные записи, которые нередко ведут больные (дневники, заявления и жалобы, переписка с родными, знакомыми и др.), во-первых, отражают в той или иной степени имеющуюся психопатологическую симптоматику как в сфере мышления, так и в других психических сферах; во-вторых, письменное выражение бредовых переживаний часто бывает более полным, развернутым, чем в беседе врача с больным, поэтому оно позволяет зачастую успешнее, чем в беседе, раскрыть содержание бредовых переживаний со всеми особенностями.

стями систематизации (вербализации) эмоциональных и поведенческих проявлений, по-разному представленных в том или ином случае. Это естественно, так как даже в продолжительной беседе больной не может передать столько же информации, сколько в своих записях, которые он ведет, возможно, в течение нескольких месяцев, иногда лет.

По-видимому, более цепи записи, которые больные ведут по собственному побуждению, а не по заданию или просьбе врача. В этом случае проявляются присущие больным подходы к решению «проблемных ситуаций», а не подсказанные врачом (с этим, к сожалению, приходится встречаться). При изучении писем и дневников больных подчас удается установить время начала существования бредовой системы, проследить фазу бредообразования. В некоторых записях представлены яркие образцы бредовой трансформации реальных событий, причем «идеаторный стержень» бреда, «первичная фабула», выступает здесь в качестве своеобразной «модели-прогноза» ситуаций, данной в плане готового решения, которое при бреде как бы мотивационно предопределено [Терентьев Е. И., 1978].

Так, больные с паранойяльными синдромами бреда изобретательства, реформаторства описывали содержание переживаний, т. е. изобретения, открытия, планы переустройства общества, а также уделяли большое внимание разоблачению тех, кто «препятствует признанию и внедрению», «похищает идею». Такого же рода эпистолярную продукцию создавали больные с паранойяльным ипохондрическим бредом. Находя у себя болезнь, они разрабатывали «механизмы патологии» и способы лечения, активно боролись как за идею болезни, так и за собственные концепции патогенеза и терапии. Все эти больные писали жалобы, письма, заявления в разные учреждения, в основном в научно-исследовательские институты, научные лаборатории и т. п. При паранойяльном бреде ревности, эротическом бреде больные, как правило, писали дневники, воспоминания, обычно никуда не посыпая. Н. Ф. Дементьева (1977) указывает, что хотя сами по себе бредовые интерпретации уже свидетельствуют об идеаторных расстройствах, степень «идеаторности» может быть различной. С этим следует согласиться. Так, касаясь только что рассмотренных бредовых синдромов, можно отметить, что первой группе присуща выраженная «идеаторность», второй — значи-

тельно меньшая. Кроме того, «идеаторность» может как бы не проявляться в структуре ассоциативной продукции, а находиться в «подтексте» [Леонтьев А. Н., 1974; Wilson E., Weinstein L., 1990].

Создается впечатление, что будучи представлена в письменном виде бредовая продукция при паранойальных синдромах выглядит как патологическое «смещение» в употреблении виешней и внутренней речи. В. С. Библер (1975) указывает, что во виешной речи (языке) обычно уходят в подтекст, пропускаются многие логические ходы, зачастую составляющие самую суть рассуждений. Во внутренней речи пропускаются логические ходы, актуальные для языка информации, необходимые в процессе общения с другим человеком, но совершенно несущественные, просто не существующие в действительном («для себя») обосновании истины. «Внутренняя речь есть речь для себя. Виешняя речь есть речь для других. Внутренняя речь — это движение смысла, речевая стихия формирования новой мысли; внутренняя речь — речь, обращенная к себе, форма внутреннего диалога» [Выготский Л. С., 1934]. Такого внутреннего диалога при бреде естественно нет. В высказываниях бредового больного, а особенно в его письменной продукции, можно отметить как бы употребление виешней речи в качестве внутренней, в результате чего оказывается в подтексте то, что составляет сущность идеи бреда. Однако этот подтекст не может быть реализован во внутренней речи из-за его отсутствия. В своих дневниковых записях больные в связи с «поломкой» механизма внутренней речи излагают содержание переживаний в виде готовых суждений, лишенных каких бы то ни было обоснований, «проработки» во внутренней речи. В записях больных с бредом ревности это выглядит особенно убедительно, рассматриваемые закономерности представлены при нем более наглядно, чем при бредовых идеях с большей «идеаторностью» (бред изобретательства, реформаторства, ипохондрический).

Больной А. (параноидная шизофрения; по записям больного прослеживаются стадии синдромогенеза) пишет в дневнике о «мытарствах» своей семейной жизни (приводятся фрагменты).

В 1939 г. я возвращался из очередного отпуска от своих родных, живших в селе, куда я заезжал после поездки в город Москву, где я учился заочно на III курсе Московского института инженеров связи имени Подбельского, на заочном факультете. Я встретил свою будущую жену в вагоне поезда, она ехала в город Томск сдавать зачеты в пединститут. В то время она работала в том же селе, где жили мои

родители, учительницей в школе. Я знал ее и раньше, с самого детства. По возвращении ее из Томска в Новосибирск мы с ней зарегистрировали свой брак. С месяц она пожила со мной, а затем уехала в село за вещами. На обратном пути ехала в поезде вместе с учителем той же школы О., с которым изменила мне в первый раз. Я сразу в ней разгадал хитрую коварную обманщицу, эгоистку, шлюху, которая плохие примеры семейной жизни двух своих старших сестер использовала в нашей семейной жизни.

В 1940 г. у жены родилась от меня дочь Людмила. Через год началась война, материально жить стало трудно, мы воздерживались иметь еще детей. Но как-то в середине декабря 1943 г. моя жена поехала по делам в Томск и остановилась там ночевать у Ч-х, где жил на квартире мой младший брат Василий. Они вместе с хозяевами выпили вина и легли спать вместе на полу. Когда в сентябре 1944 г. родился сын Виктор, то время его рождения точно совпало по срокам с тем вечером в Томске. Я несколько раз спорил с женой и братом, доказывая это, но они оба отказывались. Василий говорил: «Я брат и этого не позволю». Жена развелась во время одного такого спора, плохо себя почувствовала, обращалась к врачам, в ее амбулаторной карте это число можно найти. Чем больше Витя подрастал, тем нагляднее становилось преступление брата, который, чтобы не встречаться со мной, уехал со своей семьей в район, где прожил больше 4 лет. Потом вернулся в Новосибирск, очевидно рассчитывая, что я забыл прошлое. Я снова ему напомнил...

В 1945 г. жена вернулась из командировки с порошком квасцов, которыми себя натирала. На мой вопрос, с кем она в поездке занималась, ответила: «С одним человеком». В 1946 г. ей был сделан аборт. На вопрос, заданный мной, сказала: «Так получилось».

В 1948 г. я во время очередного отпуска с 12 февраля по 20 марта находился в санатории № 1 города Ялты. Посещавший мою семью по воскресеньям брат Павел (1929 г. рождения, в то время студент техникума связи) прижил с ней второго ребенка — Сашу, который родился 13 декабря 1948 г. ...

Товарищ по работе К. сказал мне: «Я пользуюсь там, где плохо лежит», обращая вкрадчивый взгляд на меня. Ранее он заходил как-то в пьяном виде за какой-то пол-литрой. Также и К. в мою квартиру ходил в мое отсутствие, а после моего выхода из больницы старался не заходить. Товарищ по работе Г., который жил в частном доме вместе с нами на квартире, ушел на другую квартиру после двух ночей, проведенных с ней (она спала без трусов), я был в то время на работе. А через некоторое время, когда он нашел свою семью, говорил мне при моей жене: «Я ходил к одной женщине, пока не был женат»...

Приведенные выдержки из дневника содержат ценную информацию о паранойальном бредовом синдроме ревнивого содержания (паранойальный этап паранойдной шизофрении). Больной практически начинает свое повествование с формулировки «первичной фабулы», а затем в соответствии с ее параметрами описывает систему бреда в плане обвинения жены (со ссылкой на определенные «факты») в кровосмешении, сюжетной линии «принесенного потомства», разнообразно проявляющегося бредового поведения (детективного — слежка

за женой, подсчеты времени зачатия «принесенных» детей; садистско-мазохистского — с выпытыванием признания, защитного — частая смена места жительства и др.). О «поломке» аппарата внутренней речи свидетельствует то, что при формулировке «первичной фабулы» и соответственно при объединении в систему все новых и новых бредовых «сенсаций» совершенно опускается фактор обращенности внутренней речи «к себе», ее дналогическая функция. Например, больной считает признаками измен жены то, что она «натирала себя порошком квасцов», сделала аборт, ехала в одном вагоне с сослуживцем и другие обстоятельства, которые объективно этими признаками служить не могут. В записях отражены обстоятельность больного и гипермнезия, касающаяся «фактов» изменения жены.

Следующее положение позволяет приблизиться к пониманию того, почему невозможно переубедить бредового больного: «Сколько ни опровергай логику языка (внешней речи), убедить человека невозможно, пока остаются незатронутыми глубинные логические структуры, изнутри подпирающие нашу логическую фразеологию» [Библер В. С., 1975]. В случае бреда переубеждение невозможно потому, что идея бреда, как показано выше, не основывается на глубинных логических структурах, т. е. на внутренней речи (аппарат внутренней речи как бы блокирован). Однако мышление больных с бредом, в частности с паранойяльными бредовыми синдромами, — это все-таки своеобразная модель логики. В этом процессе вполне естественно не генерируются новые, продуктивные ассоциации, не создается полноценная интеллектуальная продукция, а как бы производится в «логический» порядок информация, возникающая у больного как «первичная фабула», бредовое озарение. По этому поводу не должно быть особых возражений, так как логика («чистая логика») вообще не создает нового знания, она лишь орудие доказательства [Пуанкаре А., 1970; Гегель Ф., 1972; Налчаджан А. А., 1972; Библер В. С., 1975]. Кроме того, не существует и не может существовать для выражения переживаний психических больными ни особого языка, ни особой логики. Действительно, бредовый больной (это особенно убедительно показывает анализ письменной продукции) продолжает даже в случаях крайне нелепого бреда «самовыражаться» при помощи обычного человеческого языка, используя его понятийные функции, логику и т. д. Особо-

бенно отчетливо это представлено при паранойяльных бредовых синдромах.

Общеизвестны большие трудности, связанные с определением периода трансформации паранойяльного бредового синдрома в параноидный. Обычно психиатры не располагают сведениями от больных и их родственников (полученными в беседах), где бы указывалось, как давно и с каких проявлений началось преобразование одного синдрома в другой. Чаще приходится судить об этом (как правило, задним числом), сравнивая предыдущее состояние больного с последующим — во время госпитализации. Именно здесь может оказаться весьма полезным изучение дневниковых записей и другой письменной продукции больных.

В дневнике того же больного содержатся следующие бесспорно документальные записи.

В 1952 г. в связи с моим переводом на новую работу на моя плечи легла большая ягрушка: ответственная работа на производстве, учеба в вечернем университете марксизма-ленинизма с занятиями дома по пройденному материалу заставляли часто недосыпать. Неприятности в семье, а также непонятные вопросы производственной и морально-политической жизни коллектива предприятия постепенно стали все сильнее влиять на мое здоровье. Я почувствовал себя плохо, мне стало казаться, что я одарен не всеми качествами настоящего человека, что люди обладают еще какими-то свойствами общения (видят иначе друг друга, переговариваются мыслями), а потому я недостаточно понимаю мир и обстановку, в которой живу. Стал ощущать в своей голове посторонние мысли, звучавшие, как в громкоговорителе. Понял, что это до меня добираются моя стврая шлюха и окружающие ее павлины (хотя жену Павла — Лину я знаю как честного человека, оив здесь не виновата). Нет, не павлины, а кукушки, ивстоящие подлые кукушки, которые за чужой счет, за чужую совесть и счастье творя и творят вместе с ней злодействия. Голоса подсказывали мне повеситься или броситься под поезд. Все это меня угнетало, и я в июне 1953 г., закончив университет и получив очередной отпуск на работе, стал просить в своей поликлинике путевку на курорт. Но вместо курорта меня отправили в психиатрическую больницу, где я пробыл до мая 1954 г. ...

...Жена приносил сняшки на руке и ляжке, полученные от бесстыдного щипания. Стал выяснять, откуда получила, выяснилось, что не на работе, а на стороне, на улице М. ... Призналась, что ходит туда редко, «чтобы разговоров не было...».

...Профсоюзная организация давала ей путевку в дом отдыха, где, судя по ее рассказам и фото, она вела себя развязно. На мон вопросы, почему себя так вела, ответила: «Ездила не на твои деньги, не твое дело»...

...В июне 1955 г. с целью заняться чем-нибудь и отвлечься от лишних дум я поехал к брату Павлу. Он и его жена Лина приняли меня неплохо. Ни они меня, ни я их ни в чем не стесняли. Только я, проверяя свою судьбу, бросился в ледяную воду реки Китой и переплыл ее, а графин из-под винов, на котором был изображен петух, я разбил, сетую на свою же судьбу. Странной для меня была неполнная

внимательность к Лине Павла. Странным был и подарок Павла — детский конструктор, который я привез на имя Саша, а пользовался им Витя, Саша отказался им пользоваться...

Однажды я сказал жене: «Погоди же, дай только срок, будет тебе белка, будет и свисток». А когда я второй раз находился в больнице, она пришла ко мне с ребятами. У Саша был в руке свисток. Они выстроились в ряд все трое, и Саша стал играть на свистке. А жена, сев задом на снег, показала таким образом белку. Так она рассчиталась за мои слова... Я во многом стал себе отказывать, не говорил, не ел (1,5 года из 3 лет пребывания в больнице занималось искусством), не стал выходить на свидание к родным, братья от них передачу и многое другое...

...Я чувствовал долг семьянинна, долг общественника... ждал от нее человечности... Я желал счастье приносить в семью и... общество своей работой, учебой и активным участием в общественно-политической жизни нашего народа, а кончилось тем, что и дочь потерял, и сам чуть жизни не лишился, и теперь остался на положении больного, пролежав и за что в больнице чуть ли не 5 лет... У меня была дочь (она утонула в 11-летнем возрасте), имеются сыновья, хотя и сомнительные, но я с ними сжился, полюбил, желал и желаю им счастья и радости в жизни. Ведь дети не виноваты...

Представленные фрагменты из дневника свидетельствуют в данном случае о той общеизвестной закономерности, что при тяжелом шизофреническом параноидном состоянии (в которое трансформировался у больного А. паранойяльный синдром), при выраженных явлениях разорванности мышления, паралогических ассоциативных построениях уже на простых понятнейших уровнях нарушаются узнавание, идентификация ситуаций, ролевого статуса окружающих. Страдает элементарная логика, которая в этом состоянии утрачивает какую бы то ни было упорядоченность, одностороннее течение, берущее начало от определенной посылки. В записях также отражен патетический строй мышления. Конкретная фабула супружеских измен жены утрачивается, теряется в резонерских, абстрактно-символических высказываниях, в которых «первородный грех» жены возводится в степень преступления против общества, государства, ценностных идеалов мирового масштаба. Статус больного содержит элементы парофренизации.

Можно сделать такое допущение. При паранойяльном бреде имеется выраженная «неспособность мышления быть творческим» [Налчаджян А. А., 1972] — в отличие от здорового сознания здесь совершено исключается проявление творческого воображения, «полета фантазии» на тему своих переживаний. В противоположность этому мышление больных с параноидными состояниями (особенно с парофреническими) не имеет подобных ограни-

чений. Оно фантастично, сюжетные линии бреда полиморфны, противоречивы. Однако, как показывают и приведенные тексты дневника, здесь чрезвычайно слабы логика, системность, целенаправленность переживаний, их установка на борьбу за истинность идей.

Таким образом, еще раз подчеркнем, что психопатологически полно и последовательно систематизацию первичного бреда в рамках паранойяльного синдрома и дальнейшую динамику синдромогенеза позволяет проследить письменная продукция больных. Традиционные беседы с больными и их родными и близкими не представляют столь больших возможностей в этом отношении.

К обоснованию концепции бредового поведения

Как известно, система паранойяльного бреда (паранойяльный бредовый синдром) постоянно существует в ситуации борьбы больных за идею, за убеждения, в отстаивании убеждений. Это проявляется и в высказываниях, и в поведении. Для более четкой оценки этих явлений как структурно важных психопатологических феноменов мы предложили [Терентьев Е. И., 1972, 1981, 1982] условно выделить бредовые высказывания и бредовое поведение. Бредовые высказывания представляют собой выражение бреда в концептуальном, вербальном виде. Они могут быть представлены в большей или меньшей степени и с разной полнотой отражать переживания больного. Иногда в таких высказываниях могут вообще не звучать в отчетливой форме бредовые мотивы, поскольку больные могут их скрывать, диссимилировать. Бредовое поведение — это поведенческая актуализация бреда и реализация тенденций борьбы за идею.

Говоря о поведении больных с паранойяльными бредовыми синдромами, следует, очевидно, выделить 3 основных его разновидности: 1) правильное поведение в ситуациях, не относящихся к содержанию бредовых идей [Сиежневский А. В., 1968]; 2) общие формы поведения бредовых больных и психически здоровых людей во внешне сходных ситуациях (при бреде ревности и нормальной ревности, поведение при ипохондрическом паранойяльном бреде и ипохондрическое поведение психически здоровых людей, невротиков); 3) бредовое поведение.

Первая разновидность поведения в особых комментариях не нуждается. Вторая разновидность требует подробного рассмотрения, так как имению относящиеся к ней особенности поведения служат поводом для разногласий при распознавании бредовых состояний и их ограничении от нормального поведения. С давних пор принято описывать и «распознавать» бред именно по этим формам поведения больных. В качестве примера можно привести описание бреда ревности В. А. Гиляровским (1954): «Больному кажется, что жена его без причины стала холодна к нему, что она получает какие-то подозрительные письма, заводит тайно от него новые знакомства; в его отсутствие жену посещают какие-то мужчины. Женщина, страдающей таким бредом, кажется, что муж изменяет ей, назначает свидания в театре; ему постоянно звонят по телефону, куда-то приглашают».

Думается, что, несмотря на яркость и клиническую достоверность таких описаний, они все же не являются достаточно полным основанием для идентификации рассматриваемого поведения с «бредовым поведением»: само по себе подобное поведение нельзя признать сколько-нибудь типичным для бредового состояния, при нормальной ревности люди ведут себя в общем так же. Резонно указание на то, что бред в общепринятой научной формулировке трудно отличить от нормальных переживаний и других психологических феноменов (Schulte W., Tölle R., 1975).

Бредовое поведение качественно отличается как от первой, так и от второй разновидности поведения, представляя собой совокупность психических расстройств в сфере проведения, т. е. особых психопатологических симптомов у больных с паранойяльными бредовыми синдромами. Оно формируется в связи с активными и актуальными бредовыми переживаниями, тесно связанными с ними, «продиктовано» их содержанием, отражает кататимические стороны переживаний. К сожалению, изучению бредового поведения при паранойяльных бредовых синдромах не уделяется достаточноного внимания в литературе.

Очевидно, что психопатологические симптомы, проявляющиеся в поведении, должны подчиняться общим закономерностям развития психопатологической симптоматики. Бредовое поведение в предлагаемой интерпретации вполне подтверждает данный тезис: оно стереотипно, характеризуется ограниченным числом форм при том или

нном паранойальном бредовом синдроме, однозначно связано с содержанием бреда; оно может проявляться в большей или меньшей степени, но качественно, по типичным особенностям, вербальным мотивировкам всегда одинаково и у одного больного в разные периоды, и у разных больных при сравнении их в этом плане между собой. Однако бредовое поведение не имеет никакого сходства с поведением психически здоровых людей, несравнимо с ним, отличается от него в самом существенном и может наблюдаться только при бреде как совокупность симптомов бреда¹.

Употребляемые нами определения для обозначения ряда форм бредового поведения при бреде ревности (допросы как часть садистско-мазохистского поведения, детективное поведение, защитное поведение), конечно, условны, но, думается нам, вполне приемлемы и не должны вызывать особых возражений. Например, говоря о детективном поведении, мы имеем в виду то, что больные и сами нередко так называют свое поведение и воссоздают в нем, правда, в карикатурно-гротескном виде, картины следственного розыска: ведут протоколы, тайно наблюдают за женой, устраняют «следственные эксперименты», проводят осмотры «вещественных доказательств», строят версии и т. д. Таким образом, это — своеобразный бредовой «детектив», о чем свидетельствуют практически все приведенные в данной книге клинические иллюстрации. Мы убеждены, что если не выделять и не описывать под соответствующими симптоматологическими названиями подобного рода типичные формы бредового поведения, то описание статуса паранойального бредового больного может оказаться аморфным (как это нередко и бывает): поведенческие феномены, подчас весьма специфические, типичные для клиники того или иного (по содержанию бреда) паранойального синдрома, просто перечисляются наравне с несущественными в рассматриваемом плане проявлениями поведения, не относящимися к психопатологии бреда (в нашей группировке — первая и вторая разновидности поведения больных при бреде ревности).

В соответствии с представлениями об эротической ревности в литературе уделяется внимание в основном опасному поведению на ее почве, являющемуся предме-

¹ «Симптом психической болезни — не психологическое, а медицинское понятие» [Снежневский А. В., 1968].

том изучения судебной психиатрии с целью ограничения поступков, вызванных обычной ревностью, от поведения больных с бредом ревности. Сходство проявлений патологической и нормальной ревности во многом обусловлено значительной аффективной заряженностью, присущей как бреду ревности, так и переживаниям ревности ие-болезненного характера. Дифференциально-диагностические трудности усугубляются и тем, что на начальных этапах психозов больные не утрачивают профессиональных навыков, не снижаются в социальном плане и подчас вызывают сочувствие окружающих, так как их бред оказывается тесно переплетенным с обыденными житейскими фактами. Не случайно О. В. Кербиков (1955) указывает, что нередко трудно различить, именический это синдром или «обычая человеческая ревность». Критерием различия служит то, что болезненное искажение восприятия явлений действительности лишает человека возможности сознательно относиться к своим действиям; именно это может привести его к столкновению с окружающими, т. е. к совершению общественному опасного действия. При нормальной ревности опасное поведение обусловливается сознательными мотивами.

Агрессивность при бреде ревности наблюдается чаще у мужчин, чем у женщин [Пенеева М., 1967, и др.], что связано с половыми различиями [Leonhard K., 1963], отражающимися в переживаниях обычной ревности и специфически преломленными в бреде ревности. В соответствии с этим одним из актуальных и практически важных аспектов изучения бредовых (и сверхценных) идей ревности являются их криминогенность [Алексеева Л. А., 1964; Зеневич Г. В., 1966; Морозов Г. В., 1977; Kaczanowski F. 1958; Bogzych D., 1969; Leyrie I., 1979; Postel I., Perles Ch., 1979, и др.], большая частота различных форм опасного, агрессивного поведения (включая убийства), обусловленных самим содержанием бредовой продукции. T. Bilikiewicz (1966, 1979) полагает, что паранойальный бред ревности сам по себе опасен различными агрессивными актами больных. Однако их опасное поведение, кроме того, может обуславливаться и фабулой «преследуемого преследователя»; такие больные, спасаясь от «преследователей», сами нередко превращаются в таких и совершают преступления в отношении воображаемых врагов (жена, «любовники»).

Возможность совершения убийства по мотивам бреда ревности подчеркивается в работах А. П. Дементьева,

Н. Н. Тимофеева с соавт. (1963), E. Westermark (1908), K. Jarosch (1960), M. Hollender, I. Fishbein (1979), P. Sobczyk, L. Wódka (1983), H. Jähnig, E. Littmann (1985). Значительная опасность больных с бредовыми идеями ревности проявляется более или менее независимо от нозологической принадлежности психозов, которыми они страдают [Нохуров А., 1988; Gray I., 1875; Sullivan W., 1924; East N., 1936; Macdonnel I., 1953].

Большинство бредовых ревнивцев-убийц — мужчины, а их жертвы в основном женщины, но потерпевшими могут быть и мужчины. В наблюдениях Н. Н. Иванца (1970) из 95 правонарушений, совершенных бредовыми ревнивцами, в 12,6 % случаев потерпевшими были мимые любовники жены. Аналогичные данные приводят L. Hinsie, R. Campbell (1960), H. Weitbrecht (1963), P. Висс (1967), G. Hofer (1968). N. Retterstol (1967) указывает на опасность больных мужчин с бредом ревности в связи с их склонностью к садистскому поведению и агрессивным действиям. В плане нашего изложения это представляет особый интерес (подробно см. главу 4).

Факторы, влияющие на проявления и распространение бреда ревности

Нормальная и патологическая ревность может, по-видимому, рассматриваться как реакция адаптации, которая достигается «ценою значительных морфологических и функциональных сдвигов, уходящих корнями в область нозологии» [Давыдовский И. В., 1968].

Может представить интерес наша попытка анализа бреда как проявления адаптации [Терентьев Е. И., 1983]. В этом смысле бред допустимо рассматривать как «защитную систему» больной психики, т. е. как своеобразное проявление гомеостаза с тенденцией сохранения «обратной связи», заполнения вакуума в одном из звеньев рефлекторного кольца [Анохин П. К., 1975], экстраполируемой вовне информации. Если говорить о паранойяльном бреде, то значение рассматриваемого (конечно, гипотетического) механизма может состоять в том, что при дезактуализации бреда под влиянием лечения и реабилитационных воздействий у больных практически не изменяются мыслительные способности, т. е. можно допустить, что на определенной стадии психоза (например, на паранойяльном этапе бредового синдромогенеза) мышление благодаря указанным адаптационным прояв-

лениям как бы предохраняется от более грубых поломок.

Допустимо считать, следовательно, что на основе нормальной ревности, т. е. ревности психически здоровых людей, возникли бредовые идеи ревности (а также другие формы патологической ревности), наблюдающиеся при различных психических заболеваниях [Осипов В. П., 1923; Гиляровский В. А., 1954; Жислии С. Г., 1956; Стрельчук И. В., 1970; Смулевич А. Б., Ширина М. Г., 1972; Терентьев Е. И., 1972, 1982; Морозов Г. В., 1977; Готвиг Е. А., 1983, 1985; Смулевич А. Б., 1987; Davis K., 1936; Marcuse M., 1960; Hofer G., 1968; Seeman M., 1979; Ewald O., 1980; Sobczyk P., Wodka L., 1983, и др.]. Однако, говоря о сходстве нормальной и бредовой ревности, нельзя не считаться с тем, что их сопоставление возможно лишь при рассмотрении патопластики бреда ревности и установлении различий между ним и нормальной ревностью, а также роли сексуального фактора (с учетом пола больных и традиционно сложившегося на этот счет общественного мнения) и др. В каких-либо иных аспектах нормальная ревность и бред ревности несопоставимы.

Бред ревности представляет собой такую разновидность первичного (чаще всего — M. Bleuler, 1979, и др.) бреда, основой содержания которого являются убеждение в невериности супружеских (реже — любовников), обвинения их в прелюбодеяниях, наисесении в этом смысле морального ущерба, в намерениях разрушить семью, совершить в связи с этим преступление (лишить имущества, наести увечье, убить и др.). Кроме супружеских, в бреде ревности фигурируют лица, которых больные считают любовниками и своими соперниками (соперницами). Бред ревности включает такие проявления, как обвинения в изменах, трактовка в плаче бреда семейных взаимоотношений, поведения ревиуемых супружеских пар, учет времени отсутствия дома или на работе, регистрация менструаций у ревиуемой жены. Немаловажное значение имеют агрессивные действия больных по отношению к женам, включая попытки убийства (и само убийство), различного рода «защитные действия» (переезд с одной квартиры на другую, из одного города в другой, обращение к органам власти) и другие формы бредового поведения (детективное поведение — слежка за женой, садистско-мазохистское поведение). Указанное обилие проявлений отражает весьма сложную структуру переживаний при рассматриваемом бреде [Терентьев Е. И., 1972].

Бред ревности чаще встречается у мужчин. N. Retter-

störl (1967) указывает на его различия у мужчин и женщины, проявляющиеся при анализе структуры нормальной ревности. В частности, автор описывает больного, который утверждал, что жена не только ему изменяет, но и публично демонстрирует свое тело. Единственные в своем роде данные о различиях бреда ревности у лиц разного пола приводит Р. Вегпег (1972), утверждающий, что этот бред у мужчин не образует в столь выраженной степени, как у женщин, единого целого с бредом преследования. В нескольких работах [Терентьев Е. И. и др., 1972, 1975, 1977, 1982, и др.] нами с сотрудниками описаны некоторые существенные различия бреда ревности у мужчин и женщин, установленные на основании наблюдений над большим числом больных. Главными мы считаем меньшую распространенность бреда ревности у женщин, чем у мужчин, с меньшей выраженностью сексуально-эротических переживаний, что обусловлено различиями социально-психологических, моральных, эмоциональных и других факторов, лежащих в основе сексуальности мужчин и женщин; тенденцию возникновения бреда ревности у мужчин в более молодом возрасте, чем у женщин. Указанные различия обусловливают синдромологическую и патологическую структуру бреда, а также особенности его распространения соответственно полу в разных возрастных группах [Терентьев Е. И., 1972]. Это немаловажно, так как, по-видимому, никакие другие тематические разновидности бреда не имеют столь резких различий психопатологических проявлений у мужчин и женщин, не имеют такой выраженной зависимости от социально-психологических и микросоциальных влияний и не могут отражать влияния других психопатологических симптомов и синдромов, как бред ревности.

К сущности бреда ревности следует отнести также отражение при нем в большей степени, чем при других видах бреда, социально-культурных влияний¹, а также присущие ему социально-исторические корни², что в свою очередь оказывает влияние на его распространение и структуру.

¹ При проведении клинических наблюдений среди больных из числа жителей Монгольской Народной Республики мы отметили, что другие виды бреда не имели столь выраженного этнического своеобразия у монголов, как бред ревности [Терентьев Е. И., Гурдорж Ц., 1969].

² Интересные данные опубликованы Agresti (1959), который изучил большое число историй болезни за период с 1857 по 1957 г. Одни из выводов автора: бред ревности в настоящее время встречается чаще, чем в прошлом столетии.

В этом плане представляет интерес следующий момент. Бредовые идеи преследования, отношения, физического воздействия и другие с течением времени изменили свое содержание. Раньше больные считали себя пророками, царями, говорили о воздействии на них нечистой силы и т. п. В настоящее время тематика бредовых идей стала совершенно иной: больные говорят о воздействии на них радиации, токов высокой частоты, космических лучей, о преследовании их «вражеской разведкой» агентами уголовного розыска, «посланцами других миров» и т. д. Что же касается бреда ревности, то его содержание в течение длительного времени существенно не изменилось, научно-технические достижения эпохи на нем почти не отражаются, присущие ему традиционные сюжетные линии оказываются весьма постоянными.

В связи с тем что в «первичной фабуле» и переживаниях бреда ревности речь идет не просто об изменениях супруги, а о разврате, прелюбодеяниях, это находит отражение в конкретных линиях его разработки (вербализации, систематизации). Так, наши многолетние наблюдения показали, что мотив «жена любит не меня, а другого» обычно не звучит при бреде ревности. Этим последний существенно отличается, в частности, от нормальной ревности и сверхценных идей. При бреде ревности — его переживании, интерпретации, развитии сюжетных линий — нам редко удавалось отметить хотя бы упоминания о любви и связанных с нею проявлениях нежности к жене, благородства, альтруизма; духовной близости, возвышенности духа, боязни потерять жену как близкого, дорогого человека и т. д. Речь шла почти всегда только о развратном поведении жены и стремлении больных разоблачить ее.

Однако отмеченные структурные особенности бреда ревности опять-таки характерны только для мужчин. У женщин его структура несколько иная. Женщины с бредом ревности имеют в основном «матrimonиальные» притязания к мужу: страх потерять его и как главу семьи («кормильца»), и как отца детей, и как любимого, дорогого человека, и, наконец, как объект сексуального влечения. Таким образом, в переживаниях при бреде ревности у женщин звучат в первую очередь мотивы любви, духовной близости, общих семейных и материальных интересов, а уже затем сексуально-эротические переживания. Последние, как видим, свойственны и «женскому» бреду ревности, мало отличаясь по своей сущности от аналогичных переживаний у мужчин.

Более того, у некоторых женщин при бреде ревности отмечается повышение полового влечения к мужу, нередко достигающее степени нимфомании [Терентьев Е. И.

и др., 1977]. О том, что переживания патологической ревности у женщины могут развиваться на фоне повышенного полового влечения, сообщает также M. Seeman (1979). Мы отметили, что тема развратных оргий с участием мужа тоже может иметь место в переживаниях бреда ревности у женщины, но как бы в своеобразно трансформированном варианте; муж не считается развратным и распущенными, инициатором разврата, он как бы вынужден быть его участником в силу порочности и развратного поведения женщины, с которой изменяет жене. Нетрудно заметить, что в «первой фабуле» бреда ревности у женщины находят отражение особенности «общественного мнения» относительно внебрачной связи мужчины и женщины: к мужчине отношение более синхордительное.

Заслуживает внимания вопрос о наследственной отягощенности лиц с патологической ревностью при различных психических заболеваниях. В этом плане представляет интерес описание G. Tagaschi, V. Bonnelli (1968) бреда ревности у двух братьев. Мы также наблюдали случаи такого бреда у представителей одной семьи — отца и сына. По Н. Еу, P. Benard, C. Brisset (1967), конституциональные особенности личности у таких больных могут проявляться в тенденциях к систематизированной структуре и систематизации бредового вымысла. Аналогичные указания на этот счет можно найти у M. Shepherd (1967). Е. Мейег (1910) высказывал предположение о предрасположенности к паранойе вообще и бреду ревности в частности у определенных, генеалогически связанных групп людей и даже считал, что эта предрасположенность может доминировать в связи с врожденной тенденцией к чрезмерной аффективной окраске ревнительных представлений. В известной степени сходные данные получены K. Vauthkopf (1968), обследовавшим 55 больных психозами с преобладанием в клинической картине бреда ревности и обнаружившим в 20 семьях больных идеи ревности не только у пробандов, но и у их родственников. Необходимо отметить, что сведения по затронутому вопросу в литературе довольно скучны, разрознены и разноречивы. Однако, по-видимому, если в некоторых случаях и проявляется патологическая ревность у представителей одной семьи, у лиц с общей родословной, то это происходит в результате наследственной предрасположенности не к бреду ревности как таковому, а скорее к психическому заболеванию, в структуре которого (например, шизофрении) он возникает. Именно к такой интерпретации данных многостороннего исследования конституционально-генетических факторов при паранойальных психозах приходит А. Б. Смулевич (1987), указывающий на значительную роль этих факторов в генезе данных психозов (наряду с конституциональными аномалиями личности) без отнесения их влияния якобы конкретную предрасположенность к тем или иным разновидностям бреда. Е. А. Готвиг (1985) установила, что 4,2 % родственников изученных ею больных с бредом ревности страдали психическими заболеваниями с проявлениями этого бреда. О предрасположенности к бреду ревности автор в данном случае не говорит.

Как справедливо указывает Г. Н. Соцевич (1960), патологическая ревность, в том числе бред ревности, явля-

ется сложным для исследования и трактовки нарушением. В литературе отражаются лишь отдельные стороны его клиники и психопатологии, а публикации последних лет свидетельствуют о противоречивости оценок как психопатологических проявлений, так и клинического течения. Выше уже говорилось, что не существует даже приемлемых определений бреда ревности. К этому можно добавить, что иногда подвергается сомнению самостоятельность его содержания.

Например, С. С. Корсаков (1954) иден ревности («супружеской неверности») относил к эротическим идеям. Е. и М. Bleuler (1960) говорили о бреде ревности как об «эротической разновидности бреда преследования», к которой вообще относили ряд бредовых симптомов различного содержания, а не только рассматриваемый бред. Аналогична точка зрения К. Schneider (1967); согласно которой при «психоэротической ревности» речь идет в основном не о чувстве ревности, а о бреде отношения «в одежде ревности».

Тем не менее следует отметить преобладающую роль (с давних пор до настоящего времени) концепции психопатологической самостоятельности бреда ревности [Сербский В. П., 1906; Евлахов А. М., 1928; Осинов В. П., 1931; Раппопорт А. М., 1932; Иванова Т. А., 1935; Перельман А. А., 1957; Молохов А. Н., Рахальский Ю. Е., 1959; Снежневский А. В., 1960; Найджаров Р. А., 1968; Морозов Г. В., 1975; Иванов Вл., 1981; Смулевич А. Б., 1987; Serieux P., Capgras I., 1909; Kraepelin E., 1915 Meggendorff G., 1927; Brierley H., 1932; Pohlisch K., 1933; Gruhle H., 1951; Hinsie L., Campbell R., 1960; Huber G., Gross G., 1977; Brice P., 1986, и др.]. Мы полагаем, что и определение рассматриваемой формы патологической ревности именно как «бреда ревности», по-видимому, ивиболее удивительное из всех существующих (бред супружеской измены, бред супружеской неверности, «синдром Отелло»).

В дискуссионном плане представляют интерес высказываемые Н. П. Калининой (1976) соображения о том, что обычно бред ревности возникает на этапе декомпенсации основного процесса¹. Автор считает «ярким свидетельством» правильности такого заключения невротические и астенические картины перед возникновением бреда ревности у больных с сосудистыми и травматическими поражениями мозга. По-видимому, речь идет в данном случае об отнесении переживаний нормальной и патологической ревности к кататимным. Действительно, как отмечено и в наших с Л. Л. Мурашковским (1975) исследовани-

¹ Относительно этого в литературе имеются и другие данные [Снежневский А. В., 1983; Смулевич А. Б., 1983, и др.].

ях, кататимно-аффективному фактору в патопластике бреда ревности и поддержании переживаний на актуальном уровне принадлежит весьма существенная роль. Он связан с выраженным сексуальными параметрами переживаний, отражает сугубо значимые для личности мотивы сексуального соперничества. Именно поэтому аффективные компоненты ревности вообще являются и важными качественными, «свнутренними» свойствами бреда ревности, определяющими (в известной степени, конечно) некоторые черты сходства патологической ревности с ревностью нормальной. В силу представлений о связи идей ревности с аффективным компонентом, о доминировании переживаний ревности у людей при неспособности контролировать свое поведение и возникли в свое время (Ж. Эскироль) взгляды на некоторые проявления ревности как на психопатологические состояния.

Значение анализа конкретных форм переживаний и поведения для разграничения нормальной и патологической ревности

Традиционный клинический, «феноменологически-синдромальный» [Pull C., Pull M., 1977] подход сохраняет свое значение в психиатрии. Нельзя, например, не согласиться с положением, содержащимся в руководстве по клинической диагностике душевных расстройств (Clinical Diagnosis, 1978), о том, что клинические методы имеют ряд преимуществ перед другими. Однако все чаще исследователи говорят о целесообразности применения тестовых методик, опросников, «многоосевых» классификаций, которые служат выражением «общей тенденции современности науки и дифференциации, взаимному проиникованию методов, более широкому использованию универсальных методов математики и кибернетики» [Волков П. П. и др. 1969] и с применением которых связаны определенные успехи в повышении достоверности диагностики и в развитии теории медицины, в том числе психиатрии. В настоящее время применение таких методов в психиатрии распространено очень широко и направлено на решение общих и частных актуальных задач [Случевский Ф. И., 1967; Личко А. Е., 1977; Терентьев Е. И., 1982; Жариков Н. М., 1983; Ulrich G., 1988; Кногг W. Genz A., 1985; Grzywa A., 1986, и др.].

Н. К. Pose, G. Plant (1989) в связи с общей оценкой геронтопсихиатрического обслуживания в ФРГ представ-

лена модель стационарного лечения геронтопсихиатрических пациентов, апробированная в Ганновере. Авторы считают возможным использование данной модели в других регионах.

И. Нойман, И. Грюнес (1988) убеждены, что «традиционные методы» документации психиатрических исследований обладают рядом недостатков, затрудняющих унификацию получаемых данных. Недостатки этих в основном следующие: 1) иестандартизированность данных о психопатологических признаках и подходов к изучению болезни, базирующихся в основном на интуиции и потому мало достоверных; 2) вариабельность методик исследования в зависимости от позиций и мнений исследователя, от его «теоретической предвзятости», от принадлежности к той или иной «школе»; это приводит к тому, что у одного и того же больного разные исследователи находят разные болезни; 3) отсутствие количественной оценки психопатологических данных, что не позволяет точно документировать динамику изменения психопатологических явлений в ходе болезни; 4) непригодность используемой в настоящее время документации для решения большого числа задач, в том числе для обработки результатов психопатологических исследований на ЭВМ. Авторы приводят появившиеся в последнее время способы стандартизированного изучения психопатологических данных. К ним относятся, например, «шкалы самооценок» (при депрессиях по W. Zung, 1965, и др.), шкалы тестирования (Psychoneurosis Rating Scale for Doctor Use — PNRS — D. H. Itoh, 1971; шкала тестирования депрессий M. Hamilton, 1960, и др.). Все эти тестовые методики и шкалы основаны на учете по «оценочным» пунктам симптомов и синдромов психических расстройств и их выраженности. Так, M. Hamilton (1960) учитывает интенсивность депрессивного синдрома по 17 пунктам¹.

К сожалению, данные методы редко применяются в психиатрии для разграничения некоторых психопатологических синдромов, а также в целях отграничения проявлений психических расстройств от поведения и переживаний психически здоровых людей, в чем нередко имеется

¹ Наша методика (см. ниже) также представляет собой шкалу тестирования с тем, однако, отличием от методик и способов указанных выше и многих других авторов, что «работает» в трех регистрах: нормальной, сверхценной и бредовой ревности, а не только при той или иной отдельно взятой (на уровне синдрома) психопатологии.

необходимость. Одной из нерешенных задач такого рода является разграничение нормальной и патологической ревности, так как в этом плане на сегодняшний день имеются определенные затруднения. Особенно часто в литературе упоминается об отсутствии четких границ между нормальной ревностью, с одной стороны, и сверхценным и бредовыми идеями ревногого характера — с другой [Rettersid N., 1967; Tölle R., 1972] или, наоборот, о сходстве между ними [Калнинна Н. П., 1976, и др.].

В связи с отмеченными обстоятельствами становится все более актуальным поиск новых методик разграничения нормальной и патологической ревности, в которых были бы учтены недостатки существующих подходов. Дело в том, что последние основываются на сопоставлении с целью разграничения клинических описаний бредовых и сверхценных идей и весьма разрозненных, не приведенных в какую-либо систему сведений о проявлениях нормальных реакций и состояний ревности. Этим подходам свойственны различия в оценках отдельных признаков, их совокупностей и, следовательно, рассматриваемых состояний в целом. Серьезным недостатком является отсутствие методик, определяющих характер и последовательность действий при решении задач разграничения. Кроме того, при использовании традиционных подходов не ставится задача одновременного рассмотрения конкретных случаев в плане трех возможностей (бред, сверхценная идея или нормальная ревность). Отсюда вполне очевидна невозможность строго одинакового разграничения во всех случаях. Данный процесс в каждом новом случае не может быть точно воспроизведен и, следовательно, не может соответствовать требованиям научно обоснованного клинического эксперимента. Таким образом, методик разграничения состояний ревности, основанных на тестировании или выделении определенных четких признаков, не существует.

Ниже приводится разработанная нами на основании многолетнего исследования тестовая методика разграничения нормальной и патологической ревности (табл. 1). Тесты разработаны на основе клинических, психологических и патопсихологических, микросоциальных и сексопатологических критериев, в результате чего методика отражает системный подход к дифференциальной диагностике состояний ревности. При создании методики был использован распространенный в социальной психологии метод

Таблица 1. Критерии разграничения нормальных и патологических проявлений реальности

п/п	Признаки различий	Бред реальности	Нормальная реальность	Сверхчленные идеи реальности
Тесты предварительного отождествления, «работающие» при каждом из трех разграничиваемых состояний				
1	Характер возникновения	Внезапно («по озарению») или постепенно	Внезапно. Могут наблюдаться постоянные, нередко выраженные проявления при реанимированном характере	Исподволь, но с относительно быстрым нарастанием проявлений синдрома до полной его выраженности
2	Причины и время возникновения	Получить точные данные о времени возникновения не удается, причины не устанавливаются	Факт изменения (полученная достоверная информация, сообщение жены, перехваченное письмо и т. п.), клевета	Прошедшие события, воспоминания, относящиеся к ним; должно пройти время, в течение которого нормальная реальность не исчезает, а «перерождается», трансформируется в сверхчленную идею
3	Продолжительность	Исчисляется годами, иногда — десятилетиями. Подчас бред реальности «клинистрем»	От нескольких дней до нескольких недель	От нескольких недель или месяцев до нескольких лет
4	Нарушение сна	Нарушения сна, связанные с бредовыми переживаниями и бредовым поведением	Нарушение сна по неаротическому типу	Периодические нарушения сна в связи с обостренным переживаниями
5	Изменение настроения	Чаще отсутствует. Иногда настроение несколько подавленное с оттенками подозрительности и дисфории со своеобразной экзальтацией	Настроение подавленно-тоскливое, с элементами тревоги, отчаяния, безысходности. Раздражительность, нередко слезливость. Мысли о бесцельности жизни, о самоубийстве	Настроение существенно не изменено. Периодически — состояния эмоционального возбуждения по типу аффекта
6	Агрессивное поведение по отношению к жене	Проявляется всегда: при алкогольном бреде реальности чаще на первой стадии, при шизо-	Возможно, вплоть до убийства, на стадии формирования синдрома. Истязания жены при	

н/п	Признаки различий	Бред ревности	Нормальная ревность	Сверхчленные идеи ревности
7	Садистско-мазохистское поощрение с выпытыванием «признаков» в изменениях у жены [Терентьев Е. И., 1982]	френии и психозах позднего аозрства — на более поздних	шении случая, когда муж «застает жену в постели с любовником» Не наблюдается	объяснениях с ней на тему реаности
8	Масштабы реаности, характер интерпретаций	Больные убеждены в том, что у жены имеются любовники, что она совершает все новые супружеские изменения в разных ситуациях. Интерпретаций много, они сводятся к констатации развратной сущности жены и ее развратного поведения. Наблюдается постоянное расширение бредовых интерпретаций с вовлечением в бредовую систему все новых лиц, новых событий и фактов	Факт измены не получает рвотного толкования, интерпретируется не как отражение вообще развратного поведения жены, а скорее как семейное несчастье. Ревницы не считают, что жена изменяет вновь и вновь. Острые, «флюктуирующие», эмоционально насыщенные переживания отражают «трагедию» ревнивца и его семьи (в сопоставлении с тем, что «было до изменения жены, а теперь утрачено»)	Наблюдается, но не включает отчетливо выраженных «допросов» с выпытыванием «признаков» в изменениях. Поведение направлено на создание ситуаций раскаяния жены; большой удельный вес морального садизма по сравнению с физическим при нерезко выраженному комплексе морального самонистязания

9	Выраженность проявлений ревности	Постоянно нарастает в течение длительного времени за счет систематизации (аерализации, интеллектуализации) бредовых переживаний. Усиление стойкости, аффекта насыщенности бреда	Наибольшая в первые дни (недели) после возникновения, затем постепенно уменьшается	Более или менее одинаковая независимо от длительности существования синдрома
10	Характер и выраженность переживаний в разное время суток и в разных условиях	В ночное время переживания становятся более выраженным, и сексуально насыщенным. Днем в отсутствие жены их выраженность уменьшается. При помещении больных в психиатрическую больницу бредовые высказывания дезактуализируются, прекращаются новые продукции бреда	Переживания «непрерывны», держатся на одном, достаточно высоком уровне, колебания незначительны, отвлечь от них или совсем не удается, или это крайне трудно	Иногда по вечерам и в ночное время при объяснениях с женой острота переживаний усиливается
11	Фабула «непосредственного полового соперничества»	Имеется всегда	Наблюдается в первое время после возникновения ревности, но не преобладает среди других переживаний	Отмечается всегда, утирается, представляет собой комплекс переживаний, имеющих максимальную аффективную (но не эротическую) насыщенность, т. е. представляющих «свой сверхценную идею как таковую
12	Мотивы материального и морального ущерба	Проявляются с большим постоянством. Больные считают, что жена с любовником стремится выжить их из дома, захватить их имуществом, принимают контрмеры. Мотивы материального ущерба всегда преобладают над мотивами ущерба морального	Мотивы материального ущерба не наблюдаются. Тема морального ущерба заучит с большим постоянством	Наблюдаются в редких случаях. Тема морального ущерба имеет выраженное звучание

н/н	Причины различий	Бред ревности	Нормальная ревность	Сверхценные идеи ревности
13	Опасения потерять жену («уйдет к другому»)	Наблюдаются редко и находятся не на первом плане среди других переживаний	Выраженные, нередко доминируют в переживаниях	Обычно неактуальны
14	Влияние алкогольного опьянения на характер и выраженность ревности	Обостряются, становятся более выраженнымми проявлениями бреда ревности вообще и «бредового поведения» в частности, особенно садистско-мазохистского	Уменьшаются выраженность переживаний, их субъективная тяжесть. Ревнивцы нередко прибегают к употреблению спиртных напитков, чтобы «затолкнуть душевную боль», «заливать горе»	Не отмечается
Тесты, «работающие» в регистре бреда реальности				
15	«Публичное разоблачение» жены как развратной, «морально падшей» женщины	Наблюдается с большим постоянством, особенно при алкогольном бреде ревности и психозах позднего возраста	Не наблюдается	Наблюдается редко, при стойких, длительно существующих комплексах сверценных идей ревности, чаще в узком кругу людей (семья, близкие друзья)
16	Борьба за убедительность в развратности жены	Имеется во всех случаях	Отсутствует	Отсутствует
17	Обвинение жены в половой жизни с собственным сыном, отцом, братом, свекром и т. д. Фабула «приписанного	Встречается часто при всех психозах с бредом реальности, если этому не препятствуют определенные культурно-этнические факторы	Отсутствует	Отсутствует

	потомства» («де- ти не от меня, а от других муж- чин»)			
18	Обвинение жены а изменах с не- сколькими или многими мужчи- нами	Наблюдается с большой час- тотой	Отсутствует	Отсутствует
19	«Эпистолярия» активность (на- правление в раз- ные инстанции письем, жалоб, за- явлений о раз- вратном поведе- нии жены с тре- бованием жесто- ко наказать ее, лишить прав ма- теринства)	Наблюдается с большим посто- янством как реализация су- тажно-кверулянтских бредо- вых тенденций	Не наблюдается	Наблюдается редко
20	Указания на воз- растное несоот- ветствие жены и любовника (же- на значительно, на несколько де- сятков лет, стар- ше мужчины, со- жительство с которым ей при- писывается)	Встречаются очень часто при алкогольном бреде реаности и психозах позднего возраста	Не встречаются	Не встречаются
21	Наружение полу- вой сферы	Снижение потенции при алко- гольном бреде реаности; дис-	Больные сексуально сохранны. На высоте реакции реаности	Больные сексуально сохранны

п/п	Признаки различий	Бред ревности	Нормальная ревность	Сверхценные идеи ревности
		социация между потребностями (достаточно высокими) и возможностями (обычно сниженными). Кровосмесительные тенденции, другая патология	возможно временное угнетение половой функции	
22	Осмотры белья, половых органов жены, ведение «протоколов», слежка за женой и пр.	Имеются часто, особенно при алкогольном бреде ревности и психозах позднего возраста	Не наблюдаются	Иногда наблюдаются
23	Действие нейролептиков	Эффективно. Связано с воздействием на эмоциональную сферу больных («эффективная блокада»)	Не проявляется	Проявляется довольно быстро
Тесты, «работающие» в регистре нормальной ревности				
24	Коррекция ревновых переживаний	Отсутствует	Возможна в ряде случаев: при половой «нестоятельности», болезни, нарушающей половую активность у ревновущего мужа (болезни сердца, гипертоническая болезнь, желудочно-кишечные заболевания, приводящие к истощению, астенизации и др.); при угасании половой потребности в связи с поздним возрастом;	В какой-то степени проявляется по мере «психологической насыщаемости» в ходе объяснений с женой на тему ревности. Корректируется, однако, не сама идея (она основана на действительном событии), а «эффективное отношение к ней» [Лившиц С. М., Яворский В. А., 1975]

25 Индивидуальные особенности ревности

В значительной степени инциденты реанимации определяются стереотипом раздражения (самораздражения) психоза и динамики ведущего синдрома, подчинена закономерностям проявления симптоматики, клинического раздражения психоза

при угрозах жены уйти, если муж будет ревновать, и т. п. Проявления реанимации весьма различны в зависимости от индивидуальных особенностей мужа и жены: различная острота переживаний — от мучительных до почти незаметных; возможна ревность затяжная, «в душах», реанность, проникнутая вальтруизмом, заботой о нестеснении, свободе любимой женщины, которой «во имя беззаботной любви» заранее все прощается, и т. п.

Содержание переживаний довольно стереотипно, монотонно, связано с возвращением к обдумыванию и обсуждению с женой одного и того же узкого круга вопросов. Картинки переживаний подчиняются психопатологическим закономерностям сверхценных идей

26 Проявления психологической защиты

Отсутствуют

Всегда отмечаются явления «психологического вытеснения» и наиболее травмирующих, в частности выраженных сексуально-эротических переживаний, суицидальных мыслей и намерений, а подчас мыслей и намерений в плане мести жене, жестокой расправы с ней и т. д.

Наблюдается как бы блокирование механизма психологической защиты. Не удается отвлечься от мыслей на тему сверхценных идей. Наоборот, происходит все большее сосредоточение на этих мыслях, усиление «аффективной потребности» в них

27 Адекватность реакции реанимации вызвавшему ее поводу

Реанность возникает без явного повода. Нюансы и какие-либо градации отсутствуют

Фактическая измеримость переживаний является отчетливо тяжелее, чем ревность, связанная с не вполне достоверной информацией, подозрением. Ревность по подозрениям проявляется в адекватных пределах, с учетом возраста супруги (и возраста предполагаемого соперника),

Отмечается патологически застоеное, неадекватное реанимое состояние, даано утратившее смысл и значение для жизни и системы взаимоотношений супружеским

н/п	Признаки различий	Бред ревности	Нормальная ревность	Сверхценные идеи ревности
28	Зависимость тяжести переживаний от моральной атмосферы	Отсутствует	ее морального уровня, эстетических критерий и т. п.	Существенного значения данный фактор не имеет
29	Феномен «счастливых сновидений»	Отсутствует	Наиболее тяжело переживаются факты супружеской измены в «благополучных» семьях: непьющий муж, высокий моральный уровень семьи в целом, взаимная любовь, уважение, хорошее материальное положение и т. п.	Иногда наблюдается
30	Проявление «эмоции стыда»	Отсутствуют. Больные широко оповещают окружающих о «развратном поведении» жены	Наблюдается на высоте переживаний в связи с изменой жены. Снятся картины счастливой супружеской жизни в прошлом, пока она не «была омрачена изменой жены»	Отмечаются в небольшой степени
31	Мотивы любви в переживаниях	Как правило, не звучат	Отчетливы во всех случаях. Ревнивец стыдится своего положения обманутого супруга, избегает распространения информации об этом за пределы семьи, круга близких родственников	Всегда звучат в плане назидательности, упреков в адрес жены, «нарушившей верность самому близкому человеку», «предавшей любовь» и т. п.

опроса в форме стандартизированного интервью¹. Основные требования при использовании данного метода — четкая формулировка вопросов, одинаковых для всех обследуемых и задаваемых в одинаковой последовательности; недопустимость введения новых вопросов или изменения их порядка. Эти требования нами соблюдены.

Конечно, мы в полной мере отдавали себе отчет в том, что используемый метод таит в себе и возможность ошибок, обусловленных в основном субъективными причинами — неоднозначное понимание разными людьми тех или иных вопросов, «формальный» характер опроса и как следствие — затруднения в установлении контакта с обследуемыми и др. [Свеницкий А. Л., 1977]. Были приняты все меры для исключения подобных ошибок.

Наша методика использует три группы тестов, имеющих большую информативность, комплексную структуру и позволяющих на уровне научного клинического эксперимента дифференцировать проявления нормальной и патологической ревности, а именно отнести тот или иной случай к бреду ревности, отграничив его от сверхценных идей и нормальной ревности, выделить ведущий синдром (параийальный) и сформулировать диагноз.

Ввиду того что тестов довольно много и в ответах должна содержаться сложная, многоплановая информация, использование методики возможно лишь при длительном и вдумчивом изучении особенностей психопатологических, психопатических (при сверхценных идеях) и нормальных личностных проявлений в сферах мыслительной, эмоционально-волевой, сексуальной, поведенческой, выявления типичных для каждого из трех разграничиваемых состояний признаков. В ходе тестирования изучаются, с одной стороны, конституционально-личностные данные, анамнез жизни и болезни, динамика клинических проявлений патологического процесса, а с другой — психологические закономерности нормальной ревности, влияние ситуационных, психотравмирующих факторов, дополнительных вредностей (особенно алкоголизма), изменения социометрической структуры семьи, особенности опасного поведения представителей каждой из трех групп ревнивцев и т. д. Все эти факторы оцениваются в их

¹ При исследовании процессов систематизации бреда, изучении «вербальных структур» (глава 4) и анализе поведения садистско-мазохистского типа мы также применяли метод опроса в форме стандартизированного интервью.

взаимодействии, что отражено в структуре тестов и последовательности их предъявления, причем каждый тест составлен с учетом определения различных признаков изучаемых психических состояний. Данная методика позволяет при наличии одной из трех перечисленных совокупностей признаков диагностировать психоз с бредом ревности, патологическое развитие личности со сверхценными идеями ревности или отнести случай к нормальной ревности.

В связи с тем что предлагаемая методика направлена на отграничение бредовых и сверхценных идей ревности от психологических феноменов в рамках нормальной ревности, мы ввели в нее ряд тестов, затрагивающих социально-психологические аспекты внутрисемейных взаимоотношений. (и их нарушений) при разных формах ревности. В основном это представлено в группе тестов, «работающих» в регистре нормальной ревности. Такой подход не должен вызывать возражений, так как «почти все методы, применяемые в социальной психологии, ... фактически являются междисциплинарными..., специфика теоретико-методологического аппарата каждой науки накладывает достаточно выраженный отпечаток на практику любого междисциплинарного метода в своей сфере» [Кузьмин Е. С., Семенов В. Е. 1977].

В структуре ряда тестов закодирована функция их взаимоконтроля. Если какие-либо тесты не «работают», например, в бредовом регистре, это может предостеречь от ошибочной интерпретации некоторых других тестов в данном регистре. Выявляемые с помощью тестов признаки бреда и нормальной ревности не имеют никаких общих характеристик. «Пограничная» сущность сверхценных идей ревности обуславливает некоторые их характеристики, сближающие сверхценные идеи как с бредом, так и с нормальной ревностью, но это касается не самых существенных сторон сравниваемых (дифференцируемых) психических состояний.

По условиям применения методики сначала предъявляются тесты «предварительного ранжирования» (1—14), «работающие» при всех трех состояниях, но при каждом по-разному. На данном этапе исследования складывается предварительное суждение о субъекте в отношении наиболее вероятной принадлежности его ревнивых проявлений к одному из указанных психических состояний. Полученные сведения уточняются с супругой, родственниками. Затем предъявляются тесты второй группы (15—23), «работающие» в регистре бреда ревности, что позволяет верифицировать диагноз бреда, отказавшись от доводов в пользу нормальной ревности, а также сверхценных идей ревности. Третий этап сводится к предъ-

явлению тестов, «работающих» в регистре нормальной ревности (24—31); при этом фиксируются такие признаки, которые встречаются при нормальной ревности, но не встречаются при бреде и сверхценных идеях. Случай сверхценных идей ревности ограничиваются от бреда и нормальной ревности на основании того, что они не соответствуют ведущим признакам бредовых идей и нормальной ревности.

При распознавании сверхценных идей рекомендуется руководствоваться также эффективностью применения нейролептиков. При бреде ревности эффект связан с воздействием нейролептиков на эмоциональную сферу и снижением аффективной насыщенности переживаний, благодаря чему они становятся менее актуальными, хотя и не исчезают. При нормальной ревности нейролептики создают лишь аморфный «лекарственный фон», но не снижают выраженности переживаний, проявляющихся на фоне подавленного настроения. При сверхценных идеях в случае применения нейролептиков наблюдается отчетливый лечебный эффект: снимается «афферентный заряд» переживаний, что ведет к исчезновению сверхценной иден, представляющей собой, как известно, «интеллектуальное выражение аффективного расстройства» [Перельман А. А., 1957].

Клиническое применение методики в ряде психиатрических больниц РСФСР дало положительные результаты.

Глава 4

О МЕСТЕ И ЗНАЧЕНИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕВНОСТИ

О выраженных сексуальных расстройствах при алкоголизме и алкогольном бреде ревности пишут А. П. Дементьев, Н. Е. Исаевич, Н. Н. Тимофеев с соавт. (1963), И. В. Стрельчук (1966), R. Tölle (1972) и другие авторы, упоминая о сексуальных извращениях, но не описывая их конкретных проявлений и никак их не интерпретируя. Нарушения половой сферы при других психических заболеваниях с проявлениями ревности разработаны еще меньше. Представляет интерес работа нашего сотрудника В. Л. Минутко (1986), который изучил 70 больных мужчин с бредом ревности в возрасте от 30 до 50 лет; из них 40 страдали шизофренией, 30 — хроническим алкоголизмом. Давность заболевания была до 7 лет. Состояние

половой сферы изучали по шкале векторного определения половой конституции, причем основные формы патологии фиксированы с помощью «СФМ» — сексуальной формулы мужской, включающей оценку 10 показателей [Васильченко Г. С., 1977]. Установлено, что наиболее слабую половую конституцию имели больные шизофренией. Генотипический конституциональный индекс был у них более или менее варьабельным, но все же оставался ниже нормы, что не соответствует мнению некоторых исследователей, утверждающих, что при бреде ревности «половое поведение определяется гиперсексуальностью» [Гатауллин М. М., 1972]. Больные поздно начинали половую жизнь, поздно вступали в брак, у них был уменьшен период вхождения в «полосу» условно-физиологического ритма половой активности. В формировании половой активности больных шизофренией с проявлениями бреда ревности наряду с поинженным либидо играло роль расстройства психики, в основном снижение энергетического потенциала и грубые нарушения межперсональных отношений в семье. Больные с алкогольным бредом ревности также имели несколько заниженные показатели половой конституции по сравнению с условной нормой, но все же они были значительно выше, чем у больных шизофренией. Обращает на себя внимание выраженная вариабельность рассматриваемых показателей у больных алкоголизмом, что указывает на пестроту и клиническое многообразие сексуальных расстройств.

С учетом этих данных автор предполагает, что у той и другой группы больных среди сексуальных расстройств преобладает поражение психической составляющей копулятивного цикла, в связи с чем снижаются и другие составляющие, в частности нейрогуморальная и эякуляционная. Это встречалось чаще у больных с алкогольным бредом ревности и было связано, по-видимому, с непосредственным действием алкогольной интоксикации.

Наши исследования позволили подойти к рассмотрению сексуальной патологии при бреде ревности (в структуре паранойальных синдромов) с новых, нетрадиционных позиций. Были исследованы больные с алкогольным бредом ревности, шизофренией, психозами позднего возраста, а также больные со сверхценными комплексами ревности, возникшими по типу реактивного развития личности. В результате был выделен синдром садистско-мазохистского поведения при патологической ревности.

Особенности сексуальной патологии при алкогольном

бреде ревности. В литературе весьма распространено мнение, что главной формой патологии половой сферы у больных с алкогольным бредом ревности является импотенция при повышенном либидо [Осипов В. П., 1931; Корсаков С. С., 1954; Стрельчук И. В., 1970; Крафт-Эбинг Р., 1887; Többel H., 1906; Jaspers K., 1959; Schulte W., Tölle R., 1975; Bleuler E., 1979]. Лишь немногие авторы отмечают наряду с этим другие явления, например, повышение полового влечения с преждевременной эякуляцией либо снижение влечения, его отсутствие с недостаточностью эрекции и оргастических ощущений [Гатауллин М. М., 1972].

Однако сексуальная патология при алкоголизме и соответственно при алкогольном бреде ревности встречается в значительно более широком спектре. Еще Э. Крепелин (1912), подробно описывая особенности сексуальности алкоголиков, указывал на повышение у них при опьянении половой возбудимости. Больные, отмечал он, ведут при детях пошлые разговоры, требуют в них присутствия от жены половых сношений, делают безнравственные предложения служащим, жене соседа, своей падчерице и т. д. Дело может доходить до эксгибиционизма, распутных актов над детьми, иногда даже до гомосексуальных насилий. Автор даже считает ревность связанный с данными расстройствами сексуальности. О выраженных сексуальных нарушениях у больных алкоголизмом и алкогольными психозами пишут Т. Станкушев, М. Протич и А. Шишков (1974). R. Lemke, N. Rennert (1960) говорят о часто имеющихся при хроническом алкоголизме сексуальных нарушениях, таких как гомосексуализм, эксгибиционизм, кровосмешение. Проявлением данных феноменов способствует сужение сознания на почве опьянения. Таким образом, имеется тенденция связывать половые расстройства при алкоголизме в основном с состоянием опьянения, с чем трудно согласиться. Расстройства сексуальной сферы при алкогольном бреде ревности изучены явно недостаточно и нуждаются в дальнейшей разработке.

У всех наших больных (196 случаев) имелся стойкий систематизированный бред ревности, они занимались активными поисками доказательств супружеских измен женщины. Отмечалось непрерывное расширение бредовой системы за счет истолкования различных внешних обстоятельств. В переживаниях и высказываниях больных была отчетливо выражена сексуальная тематика. Отме-

чались многообразные нарушения половой сферы. Это были как проявления диссоциации между половым влечением (повышение) и потенцией (снижение), так и другие формы сексуальной патологии. Представление о феноменах этого рода дает табл. 2. Отраженные в таблице сексуальные нарушения и отклонения проявлялись в довольно четкой взаимосвязи. Несоответствие между потребностями и возможностями в половой сфере наряду

Таблица 2. Нарушения и отклонения в сексуальной сфере при алкогольном бреде ревиност (196 больных)

Нарушения и отклонения, их соотношение с садомазохизмом	Частота проявлений	
	абс.	%
Выраженное снижение потенции	58	29,59
Нерезко сниженная и нормальная потенция	117	59,69
Повышение потенции	21	10,71
Кровосмесительные тенденции	29	14,79
Усиление полового влечения (либидо) в состоянии алкогольного опьянения	76	38,77
Фантазии сексуально-эротического содержания (психический онанизм)	122	62,24
Явления фетишизма (осмотры белья жены)	48	24,48
Осмотры половых органов жены	54	27,55
Садистские тенденции при половом акте	43	21,93
Чрезмерная продолжительность полового акта	58	29,59
Диссоциация между либидо и потенцией при выражении снижения последней	41	20,91
То же при нерезко сниженной и нормальной потенции	97	49,48
Усиление либидо и полового возбуждения при максимальной выраженности садомазохизма	122	62,24
Половая жизнь с женой в основном при максимальной выраженности садомазохизма (или выраженная тенденция такого рода)	63	32,14
Больше, чем обычно, яркость оргазма при половом акте при максимальной выраженности садомазохизма	83	42,34
Большая выраженность проявлений садомазохизма в состоянии алкогольного опьянения	162	82,65
Усиление сексуально-эротических фантазий при садомазохистских действиях	122	62,24
Ослабление проявлений садомазохизма после полового акта	72	36,73
Усиление проявлений садомазохизма после полового акта	11	5,61

с наклонностью больных к сексуально-эротическим фантазиям как особой форме психического онанизма приводили к хроническим состояниям половой неудовлетворенности. Продолжавшийся алкоголизм вел ко все большему снижению потенции у больных, не уменьшая при этом половых потребностей, а даже, наоборот, повышая их и усиливая указанную диссоциацию.

На фоне данной сексопатологической симптоматики у больных возникали особые формы поведения — так называемые допросы с моральным и физическим истязанием жены и в известной мере самоистязанием, методической жестокостью в отношении жены, приуроченностью их к ночному времени, повторяемостью, периодичностью; «допросы» были связаны с переживанием своеобразного удовлетворения в виде «мучительного сладострастия» [Lemke R., Rennert H., 1960]. Во многих случаях «допросы» проводились почти каждую ночь в течение нескольких месяцев или даже лет. Больные угрожали убийством, избивали жены, всячески издевались над ними, по несколько раз в течение ночи «приговаривали» жену к смерти, откладывая «в последний момент» исполнение приговора. «Допросы» весьма редко заканчивались убийством, как правило, это были истязания (моральные и физические).

Так, больной К. во время многочасового «допроса» бил жену, наносил ей поверхностные порезы ножом, щипал, выкручивал руки, постоянно высказывал угрозы убить жену («не признаешься в измене — убью!»), а детей сдать в детдом.

Больной У. требовал от жены, чтобы она призналась в «разврате», интересовался количеством и длительностью половых актов с любовниками, жестоко избивал ее, пытался разорвать пальцами рот, душил, таскал за волосы к колодке для рубки мяса для того, чтобы «отрубить голову». Говорил, что недавно родившегося ребенка надо убить, так как он рожден не от него. Много раз делал жене предложения сообща убить ребенка, описывая в деталях, как это будет происходить.

Такое поведение нередко наблюдалось в состоянии алкогольного опьянения. Многие больные домогались не только «признания» в изменениях, но и выпытывали подробности, требовали описания «прелюбодеянний», «развратных оргий». Значительное место отводилось выяснению «чисто мужских достоинств» воображаемых соперников, из-за которых им якобы отдается предпочтение. Больные часто говорили о намерении покончить с собой, сообщали подробности «предстоящего самоубийства», чтобы вызвать страх у жены.

Типичным было поведение больного С., который бил жену, требуя «признаний» в изменах, пытался разорвать ей рот, кусал пальцы рук, намеревался откусить нос, инсценировал подготовку к убийству. Издаваясь подобным образом над женой, сам больной удовлетворенно, торжествующе смеялся.

Больной П., часто ночами будил жену и под пытками заставлял выслушивать свои циничные вымысли о ее половой жизни с любовниками, требуя «признания» в этом.

Больной Б. во время «допросов» доводил жену до такого состояния, что она падала на колени и просила прощения, сама не понимая, за что; мучился ночами напролет, воображая яркие картины совокуплений жены с другим мужчинами. Связывал жену, часами держал ее в страхе быть убитой. Всегда при «допросах» стремился до предела накалить обстановку, вызвать нервное напряжение и резкий страх у жены, а сам в это время дрожал от возбуждения, «был как сумасшедший».

Рассматриваемые садистско-мазохистские действия в большинстве случаев (125 больных) представляли собой своеобразную заместительную форму перверсного сексуального поведения, не сочетаясь с половым актом. У остальных больных (71 наблюдение) такие действия предшествовали половому акту. В первом случае половая слабость у больных была выражена в большей степени, чем во втором. П. Б. Ганнушкин (1964), имея в виду подобные нарушения, указывал, что жестокость может целиком замещать половой акт, являясь его эквивалентом, но может и предшествовать ему, стимулируя половую возбудимость.

О том же писал Р. Крафт-Эбинг (1887): «При недостаточной половой силе совокуплению может предшествовать в виде возбуждающего средства какой-нибудь акт жестокости».

Представляет интерес тот факт, что больные (независимо от степени снижения потенции) во время «допросов» приводили себя в состояние полового возбуждения. Нередко при этом наблюдались общее возбуждение на фоне своеобразного сужения сознания, выраженные вегетативно-сосудистые реакции симпатикотонического характера (расширение зрачков, гиперемия лица, верхней части груди, потливость, общий тремор, учащение пульса, дыхания и др.), которые напоминают проявления, наблюдающиеся как при нормальном половом акте, так и при перверсных сексуальных действиях [Мильман М. Я., 1965; Порудоминский И. М., 1986], в том числе садистских [Крафт-Эбинг Р., 1887]. Характерны следующие два случая.

Жена больного Н. рассказала, что когда он бьет ее при «допросах», она отдыхает, так как он ее измучил частыми половыми сношениями из-за неутолимого полового возбуждения.

Больной М. рассказал о возникновении у него при «допросах» жены резчайшего полового возбуждения. Вне ситуаций «допросов» половая возбудимость у обоих больных была несколько сниженной.

Следует отметить, что ни у одного из наблюдавшихся нами больных не было полной импотенции, а снижение половой функции имелось часто. У 24 больных наблюдалось усиление либидо, сочетавшееся с учащенными половыми сношениями (6 больных), с преждевременной эякуляцией (8 больных) или с недостаточной эрекцией (10 больных). У всех больных отмечено выражение снижение этических установок в сочетании с половой расторможенностью, доходившей до попыток совершения половых актов в присутствии детей, открытого онанизирования, попыток изнасилования тещи, падчерицы. У 19 больных старше 50 лет отмечено снижение либидо, сочетавшееся с чувством дискомфорта при половом акте и сопровождавшееся причинением жене боли (щипки, укусы и т. п.) во время чрезмерно продолжительных актов и в ходе «допросов» (особенно в состоянии опьянения).

Рассматривая описание поведение больных как садистско-мазохистское, мы отошли от узкого понимания садизма и мазохизма: страдание причиняется сексуальному партнеру или сексуальным партнером во время полового акта, а половое удовлетворение выражается в оргазме. Мы считаем, что не менее существенное значение при этом имеют следующие моменты. Во-первых, при садизме и мазохизме половое возбуждение и удовлетворение, связанные с причинением или перенесением физической и (или) душевной боли, не ограничиваются только половым актом. Во-вторых, эмоциональный (моральный) компонент садизма и мазохизма может играть заместительную роль в отношении нормальной половой жизни. В литературе имеются указания на символические формы садизма и мазохизма в виде «эротического символизма» [Алтер И. М., 1929], «символического садизма» [Попов Е. А., 1941] и даже «садистического варианта психического онанизма» с истинной заменой нормального полового влечения [Щербак А. К., 1907]. Заслуживает внимания и указание Е. Bleuler (1920) на то, что обе аномалии редко наблюдаются в изолированном виде, обычно они комбинируются у одного и того же человека. Следует отметить и появившуюся в совре-

менной литературе тенденцию понимать садизм и мазохизм во все более широком плане — как чрезвычайно сложные и многообразные формы не только сексуальной патологии, но и психопатологии [Gayral L., 1967; Bräutigam W., 1972].

В связи с этим представляет определенный интерес вопрос о своеобразном средстве жестокости и сладострастия, поскольку это позволяет лучше понять сущность описываемого поведения. Р. Крафт-Эбиг (1887), S. Freud (1971) прямо указывали, что главным побудительным моментом при истязаниях мужчинами женщин является жестокость на почве сладострастного возбуждения. K. Leonhard (1963) высказывается о такого рода подоплеке пыток «ведьмы» в средние века судьями инквизиции. Рассматриваемое поведение наших больных представляло собой самые настоящие пытки, причем и жены подчеркивали, что мужья именно выпытывают у них признания, «ведут себя, как палачи».

Таким образом, свойственные сексуальностиrudименты жестокости гиперболизировались у больных, превращались в своего рода самоцель и достигали выраженного садомазохизма. Непосредственно само истязание с выраженной сексуальной окраской переживаний и поведения, реакция жены на физические и моральные мучения, собственные тяжелые переживания ревности причиняли больным «сверхсильные» душевые страдания. При полной уверенности больных в совершаемых женой изменениях они все же стремились получить признание в этом, услышать «из ее собственных уст», идя при этом на усиление собственного страдания, на своего рода самоистязание.

Мы полагаем, что имеющиеся в литературе указания на роль эротических фантазий в усилении полового возбуждения [Свядош А. М., 1974] можно отнести и к наблюдениям над больными с садистско-мазохистским поведением. При патологической ревности повышается роль психических импульсов полового возбуждения — фантазий, воспоминаний, сосредоточения внимания на сексуальных вопросах, эйдетических явлениях, иллюзорно-галлюцинаторных феноменов [Терентьев Е. И., 1975]. Воображаемые картины (образы) всегда аффективно насыщены. Они могут иметь персеверирующий характер, отражать сюжетную линию борьбы за бредовое убеждение и т. д.

Возникновение первых (садистско-мазохистских и др.) тенденций у больных с алкогольным бредом ревности в значительной мере обусловлено вызванной хроническим алкоголизмом деградацией личности. При алкоголизме наряду с изменением морально-этических установок личности происходит снижение и в сфере высших эмоций, являющихся основой романтической гетеросексуальной любви. Эти изменения личности вызывают ос-

лабление нравственных задержек в сочетании с усилением половых потребностей и снижением потенции. Следовательно, можно говорить о приобретенной в результате алкогольных изменений личности и различных нарушений в половой сфере склонности к сексуальным отклонениям, реализующейся при алкогольном бреде ревности в описываемых садистско-мазохистских формах бредового поведения. Конечно, важную роль в формировании садомазохизма играет и сам бред ревности, но столь резкие и полиморфные его проявления обусловлены алкогольной интоксикацией (алкогольная энцефалопатия) и алкогольной деградацией личности.

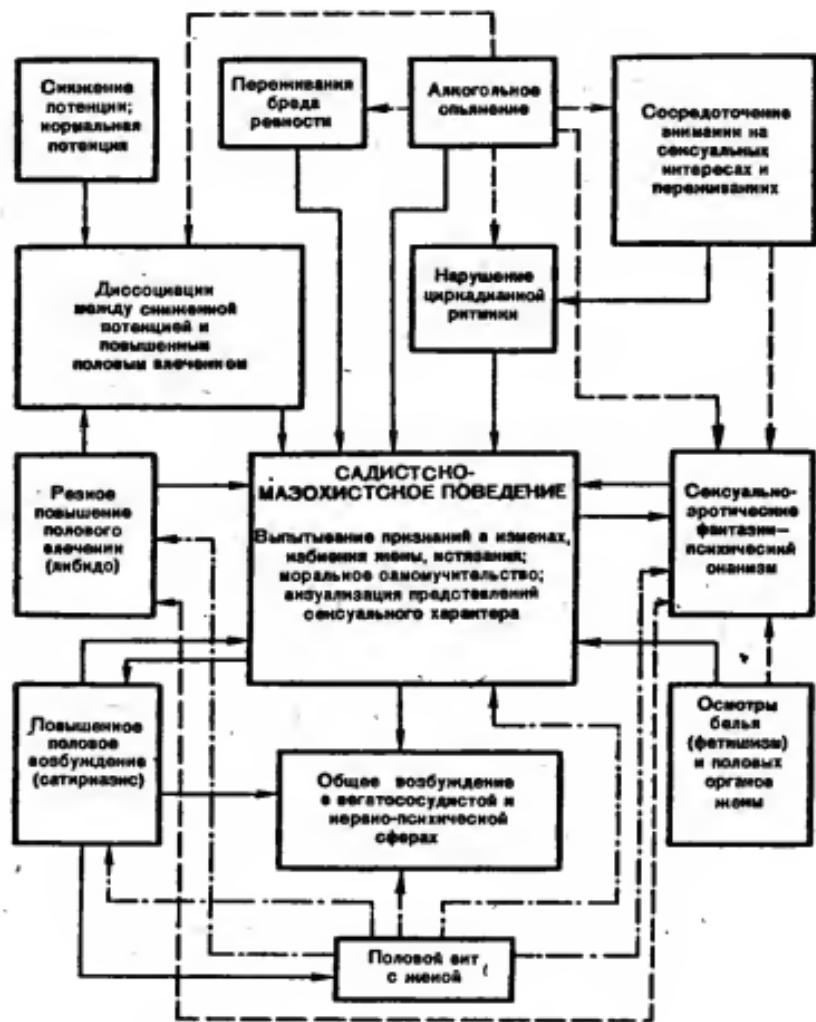
Описываемые нарушения в половой сфере при алкогольном бреде ревности были взаимосвязаны. Их можно условно объединить по признаку патологического повышения либидо, которое Н. В. Иванов (1966) справедливо считает не менее тяжелым половым расстройством, чем все другие. Указанная взаимосвязь проявлялась следующим образом (см. табл. 2). С усилением сексуально-эротических фантазий (122 случая — 62,24 %) одновременно усиливалось половое возбуждение (63 больных — 31,14 %). По принципу «порочного круга» это вело ко все более интенсивным проявлениям садомазохизма. Присущая больным половая слабость в такие моменты как бы временно компенсировалась и они стремились к половым актам с женой. Естественно, что половые запросы больных в полной мере не удовлетворялись в связи с негативным отношением жен к их пьянству, нелепой ревности, садистско-мазохистскому поведению и т. д. Половую жизнь с мужьями продолжали жены 83 больных (42,34 %). Представляет интерес, что после полового акта в значительном числе случаев садистско-мазохистские действия ослаблялись или прекращались (72 наблюдения — 36,73 %). Довольно отчетливо выявлялась тенденция, о которой писал в свое время Е. А. Попов (1941): «Садист стремится к воспроизведению определенной сцены, являющейся для него сексуальным возбудителем». Усиление такого поведения после полового акта наблюдалось у немногих больных (11 случаев — 5,61 %) с особенно резкой диссоциацией между либидо и потенцией. Заслуживают внимания больные (63 человека — 32,14 %), которые жили половой жизнью с женой по преимуществу во время «допросов» (или имели такие тенденции). Это были в основном пациенты с выраженным снижением половой функции и небольшая часть лиц

с ее нерезким снижением. Достаточно часто отмечался своеобразный феномен символического фетишизма, когда больные (48 случаев — 24,48 %) якобы с целью проверки верности жены осматривали ее белье. В доступной нам литературе мы не встретили оценки такого поведения как фетишизма: считается, что подобные действия больные осуществляют именно для проверки верности жены. При этом не учитывается, что они не нуждаются в такой проверке для подтверждения или опровержения своей убежденности в изменениях жены, так как убежденность абсолютна и непоколебима. Фетишизм характеризуется [Фрейд З., 1989] заменой сексуального объекта частью тела, в общем мало пригодной для сексуальных целей (нога, волосы), или предметом, имеющим вполне определенное отношение к сексуальному объекту (части платья, белье). Случай фетишизма (широко распространенного в обычных условиях) могут стать патологическими, когда стремление к фетишу в известной степени занимает место нормальной сексуальной цели. Это было типичным, как сказано выше, для большого числа изученных нами больных. Заслуживает внимания и часто практикуемый бредовыми ревинвцами осмотр половых органов жены — феномен, имеющий, по нашему мнению, самостоятельное значение, о чем сказано ниже.

Таким образом, речь идет о взаимодействии большой группы факторов. Мы попытались отобразить это в виде схемы, представляющей собой своеобразную концептуальную модель. На схеме показано, что к возникновению садомазохизма ведут прежде всего сами переживания бреда ревности, насыщенные выраженным сексуальным содержанием, а также диссоциация между потребностями и возможностями в половой сфере, нарушения циркадианных ритмов¹, сексуально-эротические фантазии, фетишизм.

Особое место принадлежит состояниям алкогольного опьянения (независимо от нозологии психоза с бредом ревности), которое усиливает проявления садомазохизма. Это усиление происходит двояким образом. Во-первых, становятся более выраженными и стойкими садистско-мазохистские действия в связи с их прямой зависимостью от состояний опьянения больных. Во-вторых, опьянение усиливает действие других факторов (сексуально-эроти-

¹ О целесообразности исследования нарушений циркадианных ритмов при психических заболеваниях пишут W. Клопп, A. Генц (1985).



ческие фантазии, сосредоточение интересов на половых отношениях с женой, переживания бреда, диссоциация между потребностями и возможностями в половой сфере), что в свою очередь также ведет к усилению садистско-мазохистских действий. Сексуально-эротические фантазии повышают либидо. Выраженность самих фантазий усиливается под влиянием фетишизма, ориентации психи-

ки на сексуальные вопросы, а также — по принципу обратной связи — проявлениями садомазохизма. Так образуется своеобразный порочный круг, замкнутая система с чрезвычайной прочностью составляющих ее элементов, их дублируемостью, стойкими обратными связями. Не случайно проявления садомазохизма, так часто встречающиеся при алкогольном бреде ревности, бывают столь упорными и длительными. Они практически иенскоренимы, пока есть актуальные переживания бреда.

Рассматриваемая схема позволяет наглядно представить описанную в главе 4 концептуальную модель садомазохизма, в связи с чем становится более понятной и тактика лечебного воздействия, так как здесь наглядно представлены звенья рассматриваемого варианта «рефлексорного кольца» [Анохин П. К., 1975], на которые можно воздействовать нейролептиками.

В проведенных нами исследованиях других психических заболеваний с паранойальными бредовыми синдромами ревности садистско-мазохистское поведение и иные сексопатологические проявления не были столь выраженным и полиморфными, как при алкогольном бреде ревности, что имеет существенное значение в общеклиническом и дифференциально-диагностическом плане.

Известный интерес представляет рассмотрение некоторых наших данных с позиций психоанализа. Наше отношение к психоанализу долго было резко негативным [Белкин А. И., 1989], применять его в научных исследованиях и на практике было строго запрещено. Однако данное учение успешно развивалось и развивается в наши дни во всех зарубежных странах, включая и некоторые социалистические [Ногнай К., 1939; Tinbergen N., 1951; Bilikiewicz T., 1970; Mitscherlich A., 1970; Холлинчер В., 1975; Korzeniowski L., 1978; Имелинский К., 1986; Mendel G., 1988; Laplache J., 1988; Leonhard K., 1989; Golse B., 1989, и др.].

И. Е. Вольперт (1966) обращает внимание на появляющиеся в литературе сообщения об использовании в целях «облегчения» психоанализа LSD. Так, S. Grof (1988) полагает, что LSD представляет интерес как средство психоаналитического исследования моделей психозов. H. W. Wylie, M. L. Wylie (1987) сообщают о применении нейролептиков при психоанализе с целью модификации метода для лечения женщин с «атипичными депрессиями». Таким образом, психоанализ не только не изжил себя, не перестал входить в число активных методов ле-

чения, но получает все большее развитие. J. Laplanche (1988) категорически заявляет, что «психоанализ существует». Автор склонен, частично перегруппировав проблематику рассматриваемого учения, говорить о присущих психоанализу «маркерах реальной сущности», касающихся биомеханических и филогенетических аспектов. L. Rangell (1988), многие годы продуктивно работающий в области психоанализа, считает, что его следует понимать все более углублению. Интересные мысли высказывает в одной из своих последних работ K. Leonhard (1989). С помощью описываемого автором метода «прирастающего вживания» в ситуацию удавалось устранить «первичный страх» при неврозах. K. Leonhard указывает, что в таких случаях не удавалось получить эффекта с помощью «условнорефлекторной методики».

Основной смысл использования потока свободных ассоциаций в психоанализе состоит, по З. Фрейду (1923), в том, чтобы, насколько возможно, исключить или хотя бы уменьшить влияние сознания и произвольного мышления на психику пациента и таким образом повысить влияние «бессознательного» на течение ассоциаций. B. Холличер (1975) утверждает, что фрейдовская теория бессознательного исходит из того, что фаза, в которой не участвует сознание, является нормальной и неизбежной фазой психического процесса; каждый психический акт начинается бессознательно; остается ли он таковым или нет, зависит от того, встретит ли он сопротивление. В противном случае он не может быть отнесен к вытесненному бессознательному. Вытесненное не может покинуть систему неосознанного, так как этому препятствует «цензура». B. A. Гиляровский (1931) полагает, что при этом ожидается, чтобы ставшие опять осознанными комплексы были изжиты в сопровождении адекватной эмоциональной реакции. Тогда все снова придет в норму. Таким образом, считает S. Kratochvil (1982), роль неосознанного проявляется в подобных случаях совершенно отчетливо.

Соотношение сознательной и подсознательной психической деятельности наши философы представляют себе следующим образом. Вот что пишет B. C. Библер (1975): «Предположить, что в процессе творческого мышления осуществляется непрерывный внутренний диалог, — это значит одновременно предположить, что... в логике могут существовать только логические тавтологии, только те «понятия, которые понятны», только

иден, которые, мне... уже известны. Именно поэтому в логике не может быть «Я» и «aliter ego». Где-то в подсознании — другое дело. Там есть какое-то «второе я», могущее знать то, что не знает «Я» сознательное, но зато и я ничего путного не знаю (и не могу знать) о существовании мифического «второго я». По-видимому, это согласуется с тем, что утверждает в своем учении З. Фрейд (1909, 1923, и др.).

Психиатрическое (применительно к психоанализу и в общем случае) понимание рассматриваемой проблемы на современном уровне довольно четко выражено L. Kozieniowski (1978): «Несознаваемые психические явления (подсознание) составляют главное течение психической жизни; существуют ощущения, влечения, убеждения и другие психические процессы, которые не осознаются или осознаются только в определенных обстоятельствах, но, несмотря на это, играют принципиальную (основную) роль в жизни человека, так как оказывают влияние на его приспособление к другим людям, средства реализации влечений, сущность высказываемых убеждений и т. д.». Трудно также не привести следующие слова К. Ногеу, сказанные еще в 1939 г.: «В полном смысле слова развитие человека (вследствие работы над собой, что и составляет его привилегию) означает преодоление невротического эгоизма, внимание к другому человеку и формирование способности к любви. Психоанализ направлен не только на устранение расстройств, он делает возможным развитие человека, что в частности, означает приобретение независимости и спонтанности чувств, способности принимать решения и нести ответственность за их последствия. Возможности правильного развития человека в значительной мере зависят от способности к эмоциональному участию в различных сферах социальной жизни, а в особенности — от способности к подлинной любви к другому человеку».

Таким образом, вполне очевидно, что советская психиатрия должна безотлагательно вернуться к признанию учения З. Фрейда и тем самым перестать отгораживать себя от мировой психиатрии. Разумеется, в этом должны сыграть роль компетентные круги психиатров, психотерапевтов и других специалистов, а не какие-либо доктринерские указания «сверху», не наукоподобный фанатизм, объявивший в свое время психоанализ (и не только психоанализ) «ложной наукой». Должны сказать свое слово и психиатры, к концепциям и результатам исследований

которых приложимы идеи фрейдизма. По-видимому, следует согласиться с В. А. Гиляровским (1931) в том, что психоанализ, многое давая для понимания механизмов развития неврозов, может пролить свет и на некоторые механизмы психозов, в частности шизофрении.

Мы попытались рассмотреть ряд проявлений патологической ревности с позиций психоанализа (пока что сугубо предварительно; более углубленные исследования предстоят в дальнейшем). Например, при сверхценных комплексах ревности, когда через много лет больные «вспоминают», как в свое время «недостойно» вела себя жена, речь идет как раз о вытесненном в подсознание комплексе, проявившемся в том или ином случае в своеобразной символике переживаний. Больные, будучи на курорте, наблюдали «свободное» поведение отдыхающих женщин. Это пробуждало соответствующие воспоминания, больные начинали видеть будоражащие их воображение сны, дело доходило до визуализации представлений и т. д. Больные досрочно возвращались с курорта домой и уже активно ревновали жену. Интересно, что достаточно было добиться применением аминазина «блокады эффекта» [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1988], а затем провести несколько собеседований по типу рациональной психотерапии, как сверхценные идеи ревности исчезали. Происходил своего рода катарсис, больные отреагировали извлеченный из подсознания давний комплекс и связанное с ним эмоциональное напряжение.

Подобным образом «подавленная энергия либо находит выход, а пациент добивается сознательного отношения к переживаниям, ... которые сыграли роль в развитии невроза» [Korzeniowski L., 1978]. В таких случаях говорить об острых невротических проявлениях как своеобразном этапе сверхценности, по-видимому, вполне правомерно. При паранойяльных бредовых синдромах ревности с многообразными нарушениями в сексуальной сфере (сильная, неутолимая половая потребность при снижении способности к половому акту, что находит выход в виде сексуально-эротических фантазий, визуализации представлений, садистско-мазохистского поведения, проверок «изменила — не изменила» путем осмотров тела жены, ее белья, половых органов и др.) — эти нарушения (из-за принадлежности к бреду) очень стойки, они не могут быть ни осознанными, ни отреагированными на рассудочном уровне в сопровождении адекватных эмоций. Однако здесь не обходится без чего-то напоминаю-

щего сублимацию. Дело в том, что больной живёт как бы двойной жизнью, часть которой протекает в постоянных и тяжелых бредовых переживаниях, а другая — в обычном общении с другими людьми, с выполнением обычных человеческих, гражданских функций (профессиональная и общественная деятельность, общение с сотрудниками по работе, с соседями по месту жительства и т. д.). Не случайно А. В. Сиежиевский (1968) указывает, что такие (вообще бредово-паранойальные) больные долго сохраняют трудоспособность и в ситуациях, находящихся вне круга их идей (правильное поведение). Выше мы указывали, что в случаях нормальной ревности, а также при сверхценных идеях ревнивого содержания проявляется «эмоция стыда» [Leonhard K., 1963], способствующая коррекции поведения ревнивцев, а по З. Фрейду (1989) — вытеснению и сублимации, так как вступают такие «неприятные чувства», как отвращение, стыд, создающие моральные препятствия. Очевидно, в какой-то степени это значимо и для бреда ревности.

Мы склонны думать, что при бреде ревности у мужчин, бесспорно, проявляется описанный З. Фрейдом (1971 и др.) комплекс Эдипа, обнаруживаясь в сюжетных линиях («сensациях») с включением в бред в качестве любовников жены ее отца, отца больного, собственных взрослых детей. Можно сказать, что проявлениями данного комплекса в известной степени служат кровосмесительные притязания больных и их поведение в этом регистре.

Следует согласиться с К. Имелинским (1986), рассуждающим следующим образом. Открытие З. Фрейдом комплекса Эдипа в подсознании мужчины (вместе с его биологическим и эмоциональным значением), связи между поведением взрослого человека и образами его родителей, сформировавшиеся еще в детстве, на основе жизни в семье, могут вести к установлению уже у взрослого своеобразных ассоциаций между сексуальностью и отклонениями в этой области, с одной стороны, и возникновением неврозов (в случае вытеснения соответствующих переживаний и образовавшихся комплексов), а по З. Фрейду (1989) — также dementiae граесох, паранойи, заострения патологии характера — с другой. Из «сексуального корня», по З. Фрейду (1923), выводятся чувства дружбы и родственности, эстетическое и религиозное чувства, причем комплекс Эдипа этим феноменам не препятствует, так как данный комплекс находится обыч-

но в вытесненном состоянии, в подсознании, и практически никогда не осознается.

Проявления фетишизма и садистско-мазохистского поведения у больных с бредом ревности специально рассмотрены нами.

На этом мы хотели бы закончить краткий экскурс в область психоанализа как попытку рассмотрения с позиций этого учения некоторых сторон психопатологии и клиники патологической ревности (бредовых и сверхценных идей).

Садистско-мазохистское поведение при бреде ревности у больных шизофренией. В случаях обычного течения болезни (паранойяльный этап параноидной формы) с доминирующим синдромом бредовых идей ревности указанное поведение не наблюдалось [Терентьев Е. И., 1972, 1982]. Это можно связать с отсутствием у больных выраженного сосредоточения интересов на сексуальных вопросах, сексуально-эротического фантазирования по типу психического онанизма, а также претеизий к жене в плаче наличия полового соперника. Не было у них и повышения полового влечения наряду со снижением половой функции, соответственно не возникало диссоциации между потребностями и возможностями в половой сфере. Бредовая продукция у больных шизофренией не имела столь выраженной эмоциональной насыщенности, как при алкогольном бреде ревности. В связи с этим сексуальная тематика бреда ревности не приобретала яркого звучания, в высказываниях обычно не фигурировали или редко фигурировали обстоятельства половой жизни с женой, а также притязания к жене в виде уличения ее в изменах с конкретными мужчинами. Речь шла в основном об изменившемся отношении, недостаточном внимании жены, что больные связывали с наличием у нее «другого мужчины». Обвинения в изменах и развратном поведении имели вид догадок, умозрительных построений.

Однако картина существенно менялась, если больные шизофренией злоупотребляли алкоголем. Под влиянием алкоголизма к чертам шизофренического эмоционально-волевого снижения присоединялись явления алкогольной деградации, которые причудливо смешивались и во мнимом определяли поведение больных. У обследованных нами 22 таких пациентов в состоянии опьянения отмечалось расторможенное сексуальное поведение, повышалось половое влечение, возникала диссоциация

между ним и сниженной половой функцией. Усиливались сексуальные притязания, больший удельный вес в содержании бреда ревности приобретали мотивы сексуального соперничества, учащались агрессивные действия в отношении жены. Как правило, наблюдалось и садистско-мазохистское поведение с вымысливанием у жены признаков измены, избиением и истязанием, инсценировками готовящегося убийства с повышенным полового возбуждения на высоте такого поведения. Отмечалась довольно четкая зависимость его выраженности от алкогольного опьянения: в трезвом состоянии садистско-мазохистское поведение было менее выраженным.

Таким образом, описываемое поведение при шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом, весьма напоминало таковое при алкогольном бреде ревности. Отличия состояли в меньшей выраженности его полиморфизма, у больных шизофренией в частности элементов самонистязания, пристрастия и изощренности «допросов» жены, брутальности действий при этом. Нарушений половой сферы у таких больных в виде снижения половой функции, чрезмерно продолжительных половых актов, садистских тенденций при половом общении с женой вие ситуации «допросов», кровосмешительных тенденций мы не отметили.

У больных шизофренией, не злоупотребляющих алкоголем, конституционально высокие половые потребности (мы располагаем данными обследования 15 таких больных) также делали более выраженной сексуальную насыщенность переживаний бреда ревности, но не до такой степени, как при шизофрении в сочетании с алкоголизмом. Фантазии сексуально-эротического содержания у этих больных наблюдались редко. Ревность к одному или нескольким мужчинам из окружения жены, самого больного, из числа соседей, сотрудников по работе также встречалась довольно редко, не имела остроты и не носила характера непосредственного полового соперничества. Садистско-мазохистское поведение в общем имело меньшую выраженность и остроту, чем при алкогольном бреде ревности и шизофрении в сочетании с алкоголизмом. Отмечено также преобладание морального истязания жены над физическим. Признаков выраженного полового возбуждения при этом не наблюдалось, половых актов во время «допросов» больные с женой не совершали. Их половая активность в обычных условиях была достаточно высокой, мысли и эмоции

были определенным образом фиксированы на вопросах половых отношений с женой, больные придавали значение состоянию своей половой сферы, болезненно реагировали на его изменения. Особый интерес представляет то, что не имел выраженности мазохистский компонент рассматриваемого поведения, т. е. отсутствовало самоистязание. Очевидно, в связи с последним обстоятельством истязания жены не были тяжелыми, нередко выглядели как желание «ударить по самолюбию», вызвать у нее «утрызения совести» и т. п.

Садистско-мазохистское поведение у больных с психозами позднего возраста с ведущим паранойальным синдромом бреда ревности. Психозы позднего возраста, включающие бредовые идеи ревности, протекали в наших наблюдениях с немногочисленными нарушениями половой сферы. Если при других психических заболеваниях мы наблюдали в основном сексуальную патологию с повышенным либидо, то при психозах позднего возраста (14 больных) отмечалось в основном снижение половой функции, причем у большинства — в выраженной степени, а у трех больных сосудистым психозом — в виде полной импотенции. Эти нарушения обычно сопровождались снижением полового влечения. Диссоциация между влечением и изменением половой функции четко не устанавливалась. Тем не менее во всех случаях была очевидна фиксация внимания больных на сексуальных отношениях с женой в плане наличия полового соперника.

У больных с инволюционной паранойей имелась своеобразная сексуальная расторможенность (при половой слабости) с некоторым снижением высшего психического контроля над сферой влечений, « страсть » в половых отношениях с женой, « подстегивание » себя употреблением пантокрина. Больные ежедневно требовали от жены близости, на отказ реагировали болезненно, проявляли раздражительность, злобность, подчас агрессивность. Отмечались сексуально-эротические фантазии. Некоторые больные пытались осматривать белье, половые органы жены. У больных с сосудистым (атеросклеротическим) психозом повышение либидо не находило адекватного удовлетворения в силу выраженного снижения половой функции; повышение сексуальной активности; расторможенности не отмечалось. В ночное время больные обеих групп совершали нерезко выраженные, неразвернутые садистско-мазохистские действия. Больные требо-

вали у жены призианий в разврате, взывали к ее совести, угрожали, пытались быть; усиливались их эротические фантазии. У больных с ниволюционным психозом отмечалось при этом некоторое повышение либидо, а также нерезко выраженное половое возбуждение. Они пытались совершить во время «допросов» половые акты с женой, но чаще это им не удавалось в связи с негативным отношением жены. У больных с сосудистым психозом повышения половой активности при садомазохизме не было. Последний проявлялся исключительно как фактор компенсации в связи с нарушениями половой жизни [Терентьев Е. И., 1978].

Общим для психозов позднего возраста являлась большая выраженность мазохистского комплекса, чем садистского, причем в переживаниях по типу морального самонаказания звучали ущербные мотивы — таковы, в частности, проводимые больными сравнения достоинств воображаемых молодых сожителей жены с собственным состоянием и положением пожилого или даже старого, слабого, болезненного, подчас дряхлого человека. Данный признак был более выражен у больных с сосудистым психозом.

Как вариант садистских действий больных с бредом ревности в рамках психозов позднего возраста следует, на наш взгляд, рассматривать агрессию в отношении спящих жен. В наших наблюдениях (6 случаев за 17 лет) это были «сладострастные убийства» [Крафт-Эбинг Р., 1887] или покушения на такие убийства. Мы полагаем, что убийства и другие опасные действия в отношении жены при бреде ревности (по-видимому, и при нормальной ревности) во всех случаях совершаются на садистской основе. Этот момент, к сожалению, не подчеркивается при описаниях опасного поведения ревнивцев [Калнина Н. П., 1976; Sobczyk Р., Wódka L., 1983; Jähnig H., Littmann E., 1985, и др.], в связи с чем, вероятно, упускается возможность снижения частоты и выраженности подобного поведения путем воздействия на сексуальную сферу больных (седативная терапия, терапия, направленная на снижение актуальности переживаний бреда, имеющих резкую сексуальную насыщенность и сопровождающихся напряженiem аффекта). Р. Bridges (1978) говорит о связи в ряде случаев агрессивного поведения с разными нарушениями сексуальности.

Садистско-мазохистское поведение при синдромах

сверхценных идеях ревности. Отмечено, что садистско-мазохистское поведение при сверхценных идеях ревности в отличие от такового при бреде ревности прежде всего не включало «допросов» с выпытыванием у жены «признаний» в изменениях (это вообще может служить критерием разграничения сверхценных идей ревности и бреда ревности). Такое поведение скорее имело целью создать ситуацию раскаяния жены, добиться обесценивания ею самой личности и «мужских достоинств» соперника, отрицания любви к нему. При очень существенных подозрениях и сомнениях больные подспудно ожидали от жены наиболее полных доказательств ее невиновности и как можно более искреннего разубеждения в наличии повода для этих подозрений и сомнений. Тем не менее садистско-мазохистское поведение при сверхценных идеях ревности характеризовалось методичностью, изощренностью действий и угроз. Иногда, особенно на начальных стадиях развития сверхценного синдрома, у больных в течение какого-то времени — от нескольких дней до 2—3 нед — отмечалось психогенно обусловленное снижение половой функции, затем спонтанно разрешавшееся. Отличия от садомазохизма при бреде ревности состояли также в сохранности у больных со сверхценными идеями контроля над своим поведением, большем удельном весе морального садизма по сравнению с физическим, а также в нерезкой выраженности элементов морального самонстязания, которые при бреде ревности, как показано выше, являются одними из ведущих (алкогольный бред ревности, психозы позднего возраста). У данной группы больных наблюдалось и нарушение половой сферы в виде некоторого повышения полового возбуждения, выраженных сексуально-эротических фантазий (психический онанизм). Белье и половые органы жены больные не осматривали.

Факторы, влияющие на садистско-мазохистское поведение при бреде ревности. Сексуальное чувство большинства мужчин содержит примесь агрессивности, склонности к насилию [Бехтерев В. М., 1954]. Сексуальность большинства мужчин содержит примесь агрессивности, склонности к насилию, преодолению, биологическое значение которого состоит, вероятно, в необходимости преодолеть сопротивление сексуального объекта не только посредством ухаживания. Садизм в таком случае соответствовал бы ставшему самостоятельным, преувеличенному, выдвинутому на первый план

агрессивному компоненту сексуального влечения [Фрейд З., 1989]. Равным образом термин «мазохизм», утверждает З. Фрейд (1989), обнимает все пассивные конституции к сексуальной жизни и к сексуальному объекту, крайним выражением которых является неразрывность удовлетворения с физической и душевной болью, причиняемой сексуальному объекту. Садизм и мазохизм занимают особое место среди первверсий, так как лежащая в их основе противоположность активности и пассивности принадлежит к самым общим чертам сексуальной жизни. Заслуживают внимания и следующие указания З. Фрейда: «Мазохизм как первверсия, по-видимому, дальше отошел от нормальной сексуальной цели, чем противоположный ему садизм; можно сомневаться в том, появляется ли он когда-нибудь первично или не развивается ли он всегда из садизма. Часто можно видеть, что мазохизм представляет собой только продолжение садизма, обращенного на собственную личность, временно заменяющую при этом место сексуального объекта». Мы полагаем, что с этой точки зрения садизм соответствует агрессивному компоненту полового влечения, сделавшемуся самостоятельным, занявшему главное место в сексуальном поведении больных с бредом ревности. Н. Kurella (1983) писал: «Неограниченные возможности мужчины по отношению к женщине, которая ему отдается, сходство акта половой любви и акта кровавой жестокости, сходство, обусловленное борьбой за первый поцелуй, борьба за осквернение женщины кровью через разрушение ее эпидермиса, растление ее, сходство, обусловленное истинным или притворным противлением женщины, иаконец, переживанием победы, триуфа, унаследованным, может быть, с того времени, когда нападение и борьба предшествовали обладанию женщины; все это обусловливает некоторое сходство между сладострастием и жестокостью, давно известное».

K. Leonhard (1963) считает, что «инстинкт сексуального господства» мужчины находит реализацию тогда, когда женщина играет в любви подвластную роль. L. Gaygal (1967) в свою очередь полагает, что повторство субъекту-садисту со стороны партнера может дать толчок для садистского поведения.

Наши наблюдения над больными с алкогольным бредом ревности с садистско-мазохистским поведением и их обследование при помощи специального опросника, а также выяснение поведения их жен (117 женщин) в

ситуации «допроса», оценок поведения мужей и других моментов позволили признать, что точка зрения указанных авторов в определенной степени справедлива также в отношении бредовой формы садизма. Если жены больных вели себя «подвластно», то садистско-мазохистское поведение их мужей достигало максимальной выраженности (табл. 3, 4). В ряде случаев жены реагировали негативно на подобное поведение, не допускали его выраженных проявлений, и это нередко снижало тяжесть такого поведения или даже способствовало его прекращению (чаще на начальных и конечной стадиях психоза — см. главу 6). О проявлениях негативного отношения жен к действиям больных мужей и особенностях садистско-мазохистского поведения последних дают представление табл. 5, 6.

Данные, представленные в табл. 3—6, свидетельствуют о том, что более тяжелое и опасное садистско-мазохистское поведение больных сочеталось с полностью или в значительной степени «подвластным» поведением жены, ее своеобразной покорностью, безропотностью (перенесение побоев, тяжелых оскорблений, связывания, выполнение самых нелепых требований больного). В то же время при менее выраженных проявлениях этого поведения у больных часто приходилось встречаться с непримиримостью жены к издевательствам и истязаниям с активным их предотвращением.

По нашим наблюдениям, жены, конституционально синтотипные и с тревожно-минительными чертами характера в сочетании со средним либо высоким интеллектом редко проявляли «подвластность» при «допросах», чинимых мужьями с садистско-мазохистским поведением. Более покорными в этом отношении были жены с чертами замкнутости, истерическими и астеническими чертами в сочетании с невысоким и средним (реже) уровнем интеллекта, а также жены с возникшими в связи с психотравмирующим воздействием «допросов» невротическими состояниями и развитиями.

Садистско-мазохистское поведение представляет собой психопатологическое проявление, входящее в структуру бреда. Его характеризует выраженная эмоциональная напряженность, резкий аффективный «накал». Кроме того, согласно нашим наблюдениям, при бреде ревности в связи с вовлечением в процесс основ личности нарушается и эмоциональная сфера — происходит сдвиг эмоций к иным уровням, о чем свидетельствует, в част-

Таблица 3. Особенности поведения жены в ситуации «допроса» при проявлении «подвластности» (49 обследованных женщин)

Поведение жены	Число случаев	
	абс.	%
Терпит-оскорбления	47	95,91
Плачет, просит пощады	27	55,10
Терпит побои	23	46,93
Выполняет требование не кричать при побоях	36	73,46
Выполняет требования стать на колени	5	10,20
Полностью «подвластное» поведение (терпит побои, угрозы, порезы ножом, оскорбления, унизительные позы, половые акты на фоне садистско-мазохистского поведения мужа, осмотры половых органов и др.).	33	67,34
Проявления комплекса вины	6	12,24
Бывает подавлена грубым аффектом мужа при «допросах», поэтому делается «подвластной», безропотной	17	34,69
Будучи физически слабее мужа, терпит его садистско-мазохистское поведение с «допросами»	47	95,91
Физически сильнее больного, но ведет себя «подвластно»	18	36,73
«Признается» в изменениях во время «допросов»	11	22,44
Переживает оргастические ощущения при половом акте на высоте садистско-мазохистского поведения мужа	5	10,20

Таблица 4. Проявления садистско-мазохистского поведения в их максимальной выраженности (II стадия психоза) (89 больных)

Проявления	Число случаев	
	абс.	%
Мрачное настроение, резкие движения, придики к жене накануне «допроса»	28	31,46
Садомазохизм в иочное время	89	100
Требование от жены «признанияй» с угрозой ножом, ружьем, топором, веревкой и т. п.	54	60,67
Угрозы убийством	45	50,56
Инсценировка подготовки убийства	29	32,58
«Приговаривание» жены к смертной казни	28	31,46
Описание «техники» убийства жены и картины свершившегося убийства в устрашающих подробностях	28	31,46

Проявления	Число случаев	
	абс.	%
Угрозы убить ребенка (линия «приписанного потомства»)	24	26,96
Описание «техники» убийства ребенка и картины свершившегося убийства	24	26,96
Предложения жены сообща убить ребенка	15	16,85
Предложения жene совершить самоубийство	43	48,31
Требование «признаний» под угрозой, что в противном случае «покарает рок»	29	35,58
Требование «признаний» под угрозой, что «рок (бог) покарает детей»	18	20,22
Доведение жены до отчаяния	45	50,56
Избиение жены во время «допросов»	69	77,52
Получение «признания» под пытками	5	5,61
«Пытки» — щипки, связывания, уколы шилом, язом, порезы кожи, выкручивание рук и т. п.	48	53,93
Сильное избиение при получении «признания»	5	5,61
Требование писать расписки о снятии с мужа ответственности за убийство	16	17,97
«Допросы» с распространением садистских действий на детей	11	12,35
Попытки убийства жены	6	6,74
Заочные оскорблении родителей жены	21	23,59
Экстатические, эйфорические состояния	20	22,47
Аффекты гнева, ярости	29	35,58
Тенденция к ритуальности — воспроизведение каждый раз определенной сцены, стремление к драматическому сгущению представлений	69	77,52
Стремление к созданию эмоционального накала, состояния страха и ужаса у жены и детей	89	100
Громкий смех, торжествующая улыбка на высоте «допросов»	45	50,56
Общий трепет, гиперемия лица, шеи, груди, признаки общего возбуждения с сужением сознания (отмечено женами больных)	46	51,86

ности, выраженная ориентация на сексуальную тематику переживаний [Терентьев Е. И., Мурашковский Л. Л., 1973]. Садистско-мазохистское поведение может быть рассмотрено как проявление «перехода от того, что может быть осозиаемым смутно и даже не осозиаемым

Таблица 5. Проявления негативного отношения жены к «допросам» (68 обследованных женщин)

Поведение жены	Число случаев	
	абс.	%
Заранее уходит из дома (узнает по анну больного о предстоящем «допросе»)	18	26,47
Уходит из дома в начале «допроса»	21	30,88
Уходит из дома в разгар «допроса»	33	48,52
Уходит из дома вместе с детьми на несколько дней или недель	8	11,76
Развод с больным	14	20,58
Прячет орудия пыток — нож, ружье, топор и др.	38	55,58
Не допускает избиения, отвечает активным противодействием	14	20,58
Не делает «признаний»	68	100
Вступает в спор, доказывая свою неинициативность	45	66,17
Пресекает «допросы» разными мерами, например, обращается с заявлениями на работу мужа	26	38,23
Обращается по поводу посещения мужа к психиатрам	29	42,64
Добивается направления больного мужа в психиатрическую больницу	33	48,52
Угрожает вызвать или вызывает милицию	26	38,23
Не допускает половых актов при «допросах»	48	70,58
Будучи физически сильнее больного, не позволяет истязать себя ни физически, ни морально	21	30,88
Будучи слабее больного, не позволяет себя истязать	33	48,52

вовсе» [Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., 1975]. Дело в том, что сексуальная подоплека такого поведения кроется в бессознательном, а на поверхности оказываются агрессивные проявления. Будучи представлены много-гранично, сложно и весьма специфически¹ (но совершенно одинаково у разных больных), они вполне правомерно отождествляются с садомазохизмом. Согласно утвержде-

¹ Таким образом, самая разительная особенность рассматриваемой перверсии заключается в том, что ее пассивная и активная формы всегда «соаместно» встречаются у одягого и того же лица. Садист всегда одновременно и мазохист, хотя активная и пассивная сторона перверсии у него может быть выражена сильнее и представлять собой преобладающее сексуальное проявление [Фрейд З., 1989].

Таблица 6. Нерезко выраженные проявления садистско-мазохистского поведения больных (107 человек) на I и III стадиях алкогольного бреда ревности

Проявления	Число случаев	
	абс.	%
Первая стадия алкогольного бреда ревности		
Менструация у жены как фактор, препятствующий садистско-мазохистскому поведению	38	35,51
Утомление больного на работе как фактор предотвращения садистско-мазохистского поведения	27	25,23
Угрозы жены поместить больного в психиатрическую больницу как фактор сдерживания садистско-мазохистского поведения «Допросы» с преобладанием морального истицания жены	35	32,71
Истолкование молчания жены как подтверждения справедливости подробностей ее измен в наводящих вопросах	32	29,90
Требование «признаний», с обещанием «все простить»	22	20,56
Требование «признаний» без углубления в детали половой жизни жены с «любовниками»	33	30,87
Оскорблениe жены во время «допросов»	38	35,51
Независимость выраженности садистско-мазохистского поведения от алкогольного опьянения или трезвости больного	49	45,79
Отсутствие попыток совершения половых актов при «допросах»	22	20,56
Нерезкое повышение уровня полового возбуждения при «допросах»	67	62,61
Отсутствие явлений психического онанизма (сексуально-эротические фантазии) при «допросах»	43	40,18
Кульминация садистско-мазохистских проявлений с половым актом через 1 ч после начала «допроса»	89	83,17
Усиление морального страдания самого больного по мере нарастания выраженности садистско-мазохистского поведения при «допросах»	12	11,21
Угрозы самоубийства при «допросах»	36	33,64
Описание способа и картины самоубийства при «допросах»	34	31,77
Переживание больным «комплекса вины» при «допросах»	34	31,77
Завершение больным «допросов» ласками, уверениями в любви, просьбами о прощении за причиненную боль, моральные мучения	18	16,82
	24	22,24

Проявления	Число случаев	
	абс.	%
Третья стадия алькогольного бреда ревности		
Стереотипность садистско-мазохистских действий при «допросах»	39	36,44
«Допросы» при детях	4	3,73
«Допросы» с преобладанием нетяжелого физического истязания жены	12	11,21
Принуждение жены «каяться в грехах» во время «допросов»	22	20,56
Создание обстановки, когда жена во время «допросов» вынуждена прибегать к оскорблению, пощечинам	14	13,08
Доведение больным себя во время «допросов» до отчаяния	18	16,82
Требование от жены «признаний» под угрозой, что ее «покарает судьба»	6	5,60
Обвинения жены во время «допросов» в собственной неспособности совершить половой акт	10	9,34
Кульминация садистско-мазохистского поведения с половым актом через 3 ч и более после начала «допроса»	3	2,80
Единичный половой акт на высоте садистско-мазохистского поведения	3	2,80
Прекращение садистско-мазохистского поведения после полового акта на несколько дней	3	2,80

нию А. Н. Леонтьева (1974), мотивы «смыслообразующие» могут «оставаться за занавесом со стороны их непосредственной аффективности». Автор подчеркивает, что существование неосознаваемых актуальных мотивов вовсе не отражает особого, таящегося в глубинах психики начала. Неосознаваемые мотивы имеют ту же детерминацию, что и всякое психическое отражение, т.е. связанны с реальными явлениями, деятельностью человека в объективном мире.

Закономерности садистско-мазохистского поведения сохраняют свое значение и в психопатологии, в частности при бреде, например, в проявлениях «бредового поведения», которые можно трактовать как психопатологические симптомы, представленные неосознаваемыми проявлениями с иеявыми «смыслообразующими мотивами» (в рамках так называемой кривой логики бреда).

Действительно, садистско-мазохистское поведение не расценивается как проявление сексуальной патологии не только больными и их женами, но зачастую и врачами.

При анализе табл. 7, в которой приведены варианты оценок сущности садистско-мазохистского поведения самими больными и их женами, заслуживает внимания то, что больные и в одном случае не осознавали сексуальной основы собственного поведения при «допросах». Их жены нередко указывали на качественно иное, чем обычно, поведение мужей, нередко отмечали в нем признаки истязания и самоистязания. В 14 случаях (8,18 %) больные распознали сексуальную подоплеку своего поведения, а в 5 случаях (2,92 %) самостоятельно пришли к более или менее адекватному разрешению столь сложной ситуации — совершению полового акта как средству предотвращения или прекращения «допроса».

При бреде ревности можно наблюдать не только садистско-мазохистские, но и другие действия больных, «смыслообразующие мотивы» которых остаются «за занавесом» [Леонтьев А. Н., 1974]. Это, например, осмотры больными половых органов жены с целью выявления признаков ее измен. В действительности это поведение обусловлено тем, что мужчину возбуждает вид обнаженного тела и половых органов женщины [Корик Г. Г., 1973].

Подводя итог изложенному, следует подчеркнуть, что различные сексуальные нарушения являются важным патопластическим фактором при формировании бреда ревности. Однако их роль этим не ограничивается, так как они продолжают влиять на бредовые симптомы и синдромы ревнивого содержания и после сформирования психоза, обусловливая своеобразие его клинических картин, изменения психики больных, особенности «бредового поведения», а также способствуя восприятию и переработке больными в плаине «первичной фабулы» бреда разного рода идифферентных обстоятельств. Описанная выше форма «бредового поведения» — «допросы» больными жен с выпытыванием у них признаков изменя — при бреде ревности отмечена выраженной сексуальной патологией — садизмом и мазохизмом, сочетающимися друг с другом. «Принято думать, что чувство, которое сопровождает действия, причиняющие вред другим, иное в сравнении с чувством, сопровождающим действия лица, страдающего от вреда, причиняемого

Таблица 7. Оценка садистско-мазохистского поведения больными и их женами

Характер оценки	Число случаев	
	абс.	%
Оценка больными (196 человек) цели своего поведения		
Цель неясна	38	19,38
Получение признания в изменениях во имя «честности и справедливости»	24	12,24
Желание получить повод «простить жену» («чистосердечное признание смягчает наказание»)	43	21,93
Необходимость «уличить жену как разврата-ницу»	47	23,97
Сознательное мучительство жены как «месть за ее развратное поведение, измены»	18	9,18
Злоба и гнев в адрес жены, тоска, безысходность, отчаяние	26	13,26
Оценка поведения больных женами (171 женщина)		
Усматривает в поведении мужа жестокость, обычную для него и виа ситуации «допросов»	23	13,45
Отмечает жестокость более выраженную, чем обычно	25	14,61
Усматривает в поведении мужа явное стремление к моральному и физическому истязанию	16	9,35
Указывает, что муж во время «допросов» пытает ее, ведет себя «как палач»	21	12,28
Боится, что муж убьет ее во время «допроса»	17	9,94
Злает, что муж во время «допроса» не убьет ее, а будет, как обычно, истязать, издеваться	19	11,11
Усматривает черты морального самоистязания мужа	11	6,43
Говорит, что муж при «допросах» ведет себя, «как сумасшедший»	20	11,69
Распознает (или подозревает) сексуальную подоплеку мужа при «допросах»	14	8,18
Использует понимаяе сексуальной подоплеки для предотвращения или прекращения «допросов» путем совершения полового акта с мужем	5	2,92

другими, что эти чувства далеки одно от другого; на самом же деле, напротив, эти два чувства должны быть много ближе друг к другу, чем обычно думают. В противном случае будет трудно объяснить наблюдения, где отмечаются у одного и того же садизм и мазохизм» [Ганиушкин П. Б., 1964].

Описываемое поведение можно выделить как самостоятельный психопатологический синдром, включающий следующую симптоматику [Терентьев Е. И., 1978]: 1) выпытывание больным у жены «признаний» в изменениях при полной убежденности в этом с применением жестокости, систематическим моральным и физическим истязанием (садизм) и моральным самоистязанием (мазохизм); 2) выражение половое возбуждение, сопутствующее этим «допросам», при диссоциации между выраженным половым влечением и снижением половой функции; 3) общее возбуждение сужением поля сознания, выраженными вегетативно-сосудистыми реакциями симпатикотонического характера; 4) выраженное усиление на высоте этого поведения аффективной напряженности бредовых переживаний; 5) усиление воображения вплоть до визуализации сугубо чувственных представлений с переживаниями «развратных оргий» жены с любовниками. Использование критериев диагностики таких нарушений позволяет уточнить психопатологию клинических картин паранойального бреда ревности, а также своевременно распознать и правильно оценить и предупредить часто встречающееся опасное бредовое поведение.

Глава 5

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНЫХ ФАКТОРОВ НА ПСИХОПАТОЛОГИЮ И КЛИНИКУ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕВНОСТИ

K. Davis еще в 1933 г. указывал, что мораль, традиции, обычаи и иравы, социальные формации относятся к высшим продуктам общества, поэтому психиатрия должна учитывать факты социальной патологии, теснейшим образом связанные с индивидуальной психопатологией. В последние десятилетия многие советские и зарубежные исследователи [Гурдурж Ц., Терентьев Е. И., 1969; Петраков Б. Д., 1972; Жариков Н. М., Соколова Е. Д., 1982; Готвиг Е. А., 1983, 1985; Пахмурный В. А., 1983, 1985; Cox J., 1977; Ndelei D., 1980; Hsu I., Tsing W.-Sh., Ashton G. et al., 1985; Swartz L., Ben.-Arie O., Teggin A., 1985, и др.] пишут о значении социально-культурных факторов, в частности особенностей культур, различных этнических условий, уровней цивилизации для генеза и клинического оформления психических заболеваний, их симптомов и синдромов.

О важном «общепсихиатрическом» значении транс- и кросскультурных исследований могут свидетельствовать данные ряда авторов [Pfeifer W., 1975; Schwarz R., 1976; Kendler K., 1982; Hogarty G., 1984; Gross G., Huber G., 1986; Pierloot R. A., Ngoma N., Andrade A., Srinath S., 1988; Gureje O., Adewunmi A., 1988; Holmberg G. P., 1988; Fisher F. D., Griffit E. E., Mahi G. et al., 1988, и др.]. G. Ungvari (1985) считает возможным объяснить влиянием многочисленных (недостаточно изученных) социально-культурных факторов толерантность некоторых этнических популяций к психическим заболеваниям. В коллективной монографии «Basic Psychopathology» (1978) описываются разные психопатологические состояния — тревога, навязчивость, бред, депрессия у представителей разных народностей с указанием их особенностей. L. Flerum, J. Tegeler, W. Volmoeller (1979) отмечают зависимость структуры, содержания и распространения характерных форм бреда от социально-культурных факторов.

По-видимому, особый интерес в этом отношении представляет бред ревности, так как при нем больше, чем при других видах бреда, сохраняют свое значение многие культурные и этнические факторы, в частности факторы семейной «малой группы». Дело в том, что данный бред не наблюдается у мужчин, которые не состоят в браке или не имеют постоянной сожительницы, возлюбленной. Это такой бред, к сущности которого следует относить не только отражение социально-культурных влияний, но и присущие ему глубокие социально-исторические корни, накладывающие отпечаток на особенности его распространения и структуры. К сожалению, влияние рассматриваемых факторов при этом бреде изучено крайне недостаточно.

В течение 1968—1970 гг. мы изучали клинические особенности бреда ревности у монголов с одновременным рассмотрением ряда обычай и национальных традиций монгольской нации, с которым могут быть связаны социально-культурные влияния на распространение, генез и клинику этого вида бреда [Гурдорж Ц., Терентьев Е. И., 1969. 1969 а]. В дальнейшем (1983—1986) Е. А. Готвинг провела исследования клинических и социально-культурных аспектов патологической ревности. Наблюдения проводились в клинике психиатрии Курского медицинского института и в Северо-Осетинской республиканской психиатрической больнице. Исследования, проведенные

в Курске и Курской области, имели характер «эталонных». В качестве таковых были использованы также данные наших исследований, проведенных в течение многих лет в других областях РСФСР (Новосибирской, Кемеровской).

При оценке влияния на симптоматику и клинику заболеваний факторов сопоставляемых культур, конечно, нельзя исходить из отнесения той или иной культуры к примитивным, а другой — к высокоразвитым, так как это привело бы к ошибочным результатам [Жариков Н. М., Соколова Е. Д., 1982]. Правильное понимание культуры и ее влияния на распространение и клинику психических заболеваний может позволить ввести в сферу транс- и кросскультурных исследований сопоставление изучаемых явлений на основании объективных подходов к оценке социально-культурных факторов различных регионов. Мы неукоснительно следовали этому принципу.

Клинические особенности и социально-культурные аспекты патологической ревности у монголов МНР. Автору пришлось в течение 1968—1970 гг. работать консультантом кафедры психиатрии Монгольского медицинского института и Республиканской психиатрической больницы в Улан-Баторе. Это позволило изучить особенности психических заболеваний у представителей коренного населения страны, в частности, психозов с бредом ревности.

Больные обследовались в ходе консультаций в Республиканской психиатрической больнице (РПБ), а также во время экспедиций по изучению заболеваемости нервно-психическими болезнями. Кроме того, была сделана выборка тематических историй болезни из архива больницы за 5 лет (1962—1967 гг., всего 27 историй болезни). Большое внимание было уделено изучению быта монголов, особенностей микросоциальной структуры монгольской семьи [Гурдорж Ц., Терентьев Е. И., Терентьев Е. И., 1972]. С этой целью мы изучили семейно-бытовые условия 800 больных, которых консультировали в РПБ и аймачных больницах, а также больших контингентов населения разных аймаков во время экспедиций (около 5000 человек).

Данные литературы и собственные исследования позволяют говорить о том, что в нашей стране и в странах Запада бред ревности отражает присущие населению особенности сексуальности мужчин и женщин, биологи-

ческие различия полов [Leonhard K., 1963, и др.], социально-исторические и культурные влияния. Следует указать и на то, что среди ревности в нашей стране и на Западе — довольно распространенная разновидность бреда [Смулевич А. Б., Орлова В. А., 1982; Терентьев Е. И., 1982; Готвиг Е. А., Минутко В. Л., 1983; Опры Н. А., 1985; Alarkon G., 1980; Kendler K., 1982; Shepherd M., 1985; Brice P., 1986].

По нашим данным (мы впервые изучали бред ревности у лиц монгольской национальности), бред ревности у монголов имеет ряд клинических особенностей и по сравнению с другими видами бреда менее распространен при различных психических заболеваниях. Так, за время нашей работы в Республиканской психиатрической больнице при наличии в стационаре 350—380 больных этот бред удавалось обнаружить в среднем у 1—2 больных. За 2 года нам удалось встретить всего 32 случая (9 мужчин и 23 женщины).

М. Bleuler (1962), говоря о возможных переходах от «эндогенной шизофрении» к «психогенным шизофрениям», считает особо доказательными для данной гипотезы результаты наблюдений над шизофреническими психозами у народов с «другими культурами», в частности у народов Африки. По-видимому, ряд культурных факторов, определяющих структуру монгольской семьи, тоже может быть отнесен к проявлениям «другой культуры». В одной из работ, выполненных и опубликованных в МНР (совместно с Ц. Гурдуржем, 1969), мы описали некоторые из таких культурных факторов.

Большое значение в этом отношении имеет закрепленное давними обычаями отсутствие у монголов семейных конфликтов, в связи с чем в семьях не бывает напряженных отношений. И. М. Майский (1957) во время путешествия по Монголии в 1919 г. констатировал, что «внутренние отношения в монгольской семье носили... в общем здоровый и естественный характер». Монголы не склонны выносить на обсуждение соседей и даже родственников различные семейные проблемы, размолвки, просить помощи в их разрешении. Такие взаимоотношения в монгольской семье сохранились до настоящего времени. Семейно-бытовые психические травмы, в том числе сексуального содержания, встречаются лишь в исключительных случаях. В связи с этим супруги не фиксируются на каких-либо обстоятельствах, усиливющих чувствительность в психологическом плане к всякого рода несущественным «ше-

роховатостям» во взаимоотношениях, которые могут невротизировать, служить поводом для конфликтов, в частности, способных стать причиной супружеских измен мужа или жены и возникновения ревности. Представляет интерес также узаконенный древними обычаями и ставший традиционным в Монголии фактор полного равноправия женщины в семье и обществе в целом. Она никогда не была рабой мужа, объектом его прихотей, безвольным орудием наслаждения, могла участвовать наравне с мужчинами в празднествах, ей не возбранялось ни с кем разговаривать, в том числе с посторонними мужчинами [в других странах в соответствии с религиозными (христианскими, мусульманскими) воззрениями женщина считалась существом, неполноценным в моральном и социальном отношении]. По этой причине у мужа никогда не могло возникнуть ревнивой подозрительности либо явных проявлений ревности с длительными выяснениями отношений, т. е. по типу сверхценных идей. За 2 года работы в МНР мы ни разу не встретили у монголов сверхценных идей ревности, мы не нашли их описаний в архивных историях болезни и не слышали сообщений об этой патологии от монгольских коллег-психиатров.

В том, что в Монголии нет социально-исторических корней для проявления ревности (и нормальной и патологической), имеет весьма важное значение то обстоятельство, что монгольской семье длительное время не были присущи основные признаки моноагамной семьи¹. Она до сравнительно недавнего времени сохраняла черты «парного брака», а некоторые из них сохраняют и в настоящее время.

Интересное явление представляет собой традиция невмешательства родителей в семейные дела своих взрослых детей. Эта традиция, несомненно, проинкутана древней народной мудростью, так как бесцеремонное вмешательство стариков и субъективное распределение симпатий и антипатий часто становятся разрушительным фактором для семьи их детей, а психотравмирующим — почти всегда. Это усугубляется тогда, когда возникает ситуация ревности (нормальной либо патологической): родители ревнившего супруга, как правило, «подливают масла в огонь», не гасят ревность, а еще больше ее «вос-

¹ Моногамная семья — очень важная социально-историческая основа ревности во многих странах (см. главу I).

пламеняют». Подобных конфликтов никогда не бывает у монголов.

Это, одиако, вовсе не значит, что старые люди вообще не участвуют в жизни детей и внука. Они помогают воспитывать внука, иначе их, могут давать советы, высказывать пожелания, но без проявления при этом какой-либо нелояльности или недовольства. Может создаваться впечатление, что так поступать со стариками, оттеснить их на задний план, как лишних, несправедливо. Тем не менее именно благодаря этому обычай люди преклонного возраста в Монголии имеют спокойную старость, исполненную сознания выполненного долга перед семьей и обществом. Они пользуются уважением окружающих и доживают до конца дней своих, не участвуя в каких-либо семейных неурядицах. Социалистический строй мало изменил этот уклад. Целесообразность зафиксированного обычая отношения к старикам в Монголии можно лучше понять, исходя из представлений о возникающих в старости особенностях психики, когда «способности угасают, и их заменяют обширные богатства накопленного опыта; сдержанность, житейская упорядоченность, самообладание придают духовному существованию оттенок чего-то... незыблемого» [Jaspers K., 1946]. Нам хотелось бы подчеркнуть справедливость этих положений. Например, указанные особенности старческой психики делают человека несостоятельным как оперативного, если можно так выразиться, руководителя семейной «малой группы», как лидера. Зато его можно считать незаменимым как хранителя традиций и обычая и мудрого, беспристрастного советчика, передающего молодым уважение к культурным ценностям своего народа. Это в полной мере проявляется в монгольской семье.

Выше (см. главу 1) мы останавливались на исторических основах ревности, которые могут иметь значение в возникновении патологической ревности при психических заболеваниях. Одним из важных факторов этого рода является несомненное отцовство в моногамной семье по отношению к ребенку, который впоследствии наследует отцовское имущество, его имя и т. д. Среди монголов это не имеет значения. Женщина, имеющая несколько детей, обладает такими же шансами на замужество, как и бездетная женщина или девушка. Не имеет также значения происхождение (в смысле отцовства) детей женщины, вступающей в брак (т. е. была она замужем или родила их вне брака). Эти дети будут окружены такой

же заботой ее мужа, как и их общие. Так было с давних времен, о чем имеются упоминания в литературе. Соответственно этому в Монголии неактуальны понятия «прелюбодеяние», «разврат» при узаконенном издавна в обычаях нации и существующем до настоящего времени резко отрицательном отношении в обществе к супружеским изменам. В рассматриваемом плане представляют интерес обычай передачи детей в чужие семьи. Ранее состоятельные бездетные супруги, купив в бедной семье ребенка, воспринимали его как собственного; он наследовал их имущество. Позднее стала практиковаться безвозмездная передача детей кому-либо из соседей или даже незнакомым людям по их просьбе. Сейчас этот обычай фактически изжил себя, но его влияние продолжает быть значимым в социально-культурном плане. Мы знакомились с отношением женщин к передаче их детей в другие семьи. В частности, те из них, кто давно отдал детей, говорили, что у них уже нет отношения к этим детям как к родным, воспоминания о них не волнуют. Взаимоотношения с ними, если они живут со своими «вторыми родителями» где-то неподалеку, такие же, как со знакомыми людьми: «Иногда бываем друг у друга в гостях» и т. п. Мы полагаем, что здесь уместно употребить термин «перенос родительских чувств», имея в виду как бы передачу этого комплекса [Фрейд З., 1989] одновременно с передачей ребенка. Во всяком случае понятия «приемная мать», «принесенный отец» в том смысле, как у нас, в Монголии не употребляются.

Благополучно живущие вместе муж и жена иногда некоторое время (0,5—1,5 года) как бы прерывают супружество, живут порознь, подчас в разных населенных пунктах, не проявляя интереса к жизни друг друга в каком-либо плане и не обнаруживая ревности. Затем они опять продолжают совместную жизнь.

К клиническим особенностям бреда ревности при психических заболеваниях у монголов следует отнести чрезвычайную редкость его паранойальных форм, в частности, отсутствие такого распространенного в других регионах психоза, как алкогольный бред ревности [Терентьев Е. И., 1972], а также острых алкогольных психозов с данным бредом, редкость включений бреда ревности в структуру параноидальных синдромов при шизофрении и других психозах, по преимуществу образный характер этого бреда более или менее независимо от патологической формы, при которой он наблюдается. Все это делает его

проявления относительно кратковременными, лишенными признаков терапевтической резистентности, обычной для этого бреда в других регионах [Авруцкий Г. Я., Гурович И. Я., Громова В. В., 1974; M. Bleuler, 1979]. Важной особенностью было то, что в структуре всех психозов с бредом ревности наблюдались своеобразные «реактивные» включения в виду соответствующих проявлений в поведении больных. Мы расценивали это как реактивные состояния в рамках других психических заболеваний в понимании Н. И. Фелинской (1968), M. Bleuler (1962) и др. W. Fischer, M. Gebhardt, H. Jahr (1986) выделяют различные виды связи между эндогенно-психотическим и истерическим поведением, причем некоторые из них заслуживают внимания в плане нашего изложения. Речь идет об «истерических способах поведения» как попытке преодоления психоза и о так называемых «псевдонистерических» способах поведения при эндогенных психозах. Н. И. Фелинская (1968) так описывает феномены аналогичного рода: «В психиатрии и судебно-психиатрической клинике психопатологическая картина различных душевных заболеваний часто видоизменяется вследствие включающихся в нее реактивных наслойений... Так, при шизофрении возможны реактивные или невротические начала процесса, психогенные сдвиги в течении процесса, психогенная надстройка. При сосудистых психозах, в частности склеротических, для всех стадий характерны явления психогенной депрессии, депрессивно-тревожные переживания. Для энцефалитов характерны истерические явления — «миморечь», «мимодействия», акинетически-гиперкинетические состояния». Отмеченные Н. И. Фелинской особенности реактивных наслойений наблюдались с некоторыми изменениями и в наших исследованиях, проведенных в МНР. Правда, им не было присуще столь четкое нозологическое своеобразие.

Обычно бред ревности развивается у больных в возрасте 30—35 лет и старше. В Монголии, по нашим наблюдениям, которые подтверждаются сведениями из архивных историй болезни, этот бред развивается в более молодом возрасте. Бред ревности в условиях нашей страны и стран Европы [Берлинн Б. М., 1960; Гатаулли М. М., 1972; Терентьева А. Я., Терентьев Е. И., 1975; Калнина Н. П., 1976; Терентьев Е. И., 1982; Готвиг Е. А., 1985; Leonhard K., 1963; Еу Н., Bernard P., Brisset C., 1967; Landman I., Dissez E. et al., 1972; Seeman M., 1979; Sobczyk P., Wodka L., 1983; Jaehrig H., Littmann E.,

1985] чаще встречается у мужчин. У монголов мы наблюдали его чаще у женщин [Терентьев Е. И., Гурдож Ц., 1969; Терентьев Е. И., 1969].

Наблюдавшиеся нами в МНР случаи бреда ревности (9 мужчин и 23 женщины в возрасте от 22 до 60 лет) изологически были отнесены к шизофрении, пресенильным, сосудистым, органическим (инфекционо-органическим) психозам.

При шизофрении идеи ревности были включены в структуру депрессивно-бредовых приступов в рамках шубообразного течения (7 случаев). Кроме того, в одном случае у больного, находившегося в тяжелом исходном состоянии параноидной шизофрении, бред ревности много лет назад проявлялся на паранойальной стадии процесса, в другом случае был включен в типичный параноидный синдром. На высоте психотических состояний, включающих бред ревности, больные были миогоречивы, в их высказываниях звучали обвинения и разоблачения мужа в невериности. Отмечалась своеобразная агрессивность, искавшая характер демонстративности в результате «реактивных» наслаждений, в которых отражались обстоятельства семейной жизни, иногда имевшие место много лет назад и не относившиеся к тематике ревности; чаще это были какие-либо гиперболизированные неопределенные переживания. Все это проявлялось на депрессивно-тревожном аффективном фоне. Больные всегда называли конкретных «любовниц» мужа из числа женщин, живущих по соседству, сотрудниц отделения, где находились больные. Ни в одном случае в бред не включались дальние и близкие родственницы мужа и самой больной. В обильной речевой продукции больных, напомнившей истерическую речевую спутанность, обязательно звучали переживания того, что они стали объектом насмешек окружающих. Эпизодически больные испытывали истинные слуховые галлюцинации — слышали голоса, рассказывающие об изменениях мужа, смеющиеся над больными; реже голоса были угрожающими или принимали характер сделанных, «искусственных». Каких-либо фантастических, нелепо-вычурных по фабуле переживаний ревности и другого содержания не отмечалось. По окончании острого психотического состояния обнаруживалась негативная симптоматика, которая по окончании приступа проявлялась в виде эмоционально-волевого снижения и специфических нарушений мышления. Бредовые идеи ревности в результате лечения

(нейролептиками в комбинации с антидепрессантами) исчезали одновременно с другими галлюцинаторно-бредовыми явлениями и указанными выше «реактивными» наслонениями. Приступы продолжались 1,5—2 мес.

При пресенильных психозах масштабы бредовых переживаний ревности были малы. Бред не был отчетливо выраженным, его фабула оказываласьrudиментарной, высказывания идей ревности носили перводнический характер. Больные были многоречивы, плакали, причитали, говорили, что скоро с ними и их семьями произойдет что-то страшное. Подобное психомоторное возбуждение перводнически приобретало вид как бы истерической спутанности, в поведении, жестах, мимике отмечались признаки демонстративности. Время от времени в речи больных звучали обвинения мужа в сожительстве с другой женщиной, при этом плач и спутанность речи усиливались. Несмотря на столь яркий депрессивно-тревожный аффект, бредовые идеи ревности и громадности (вrudиментарию виде) не имели окраски ущербности. Это патопластически связано с тем, что тема ущерба, боязнь разориться в Монголии традиционно не значима.

Всего наблюдалось 7 случаев пресенильного психоза (инволюционная депрессия). Описанный статус отмечен у женщин (4 больных). У мужчин (3 случая) иначе и не столь резко были представлены «реактивные» наслонения: не отмечалось многоречивости с речевой спутанностью, вместо этого имелисьrudиментарные явления «мнimoreч», «мнодействий», своеобразная бестолковость. Идеи ревности наряду с бредом громадности были также невыраженными, отмечались на начальных стадиях заболевания, упреки в адрес жены звучали какание госпитализации одновременно с проявлениями некоторой гиперсексуальности, не свойственной этим лицам до болезни¹. В больнице у них наблюдались тревога на фоне депрессии, страх, ожидание надвигающейся беды для себя и семьи, неусидчивость. У всех больных актуализировалось переживания, связанные с «психическими травмами», в которые трансформировалась те или иные мелкие неприятности, бывшие ранее, иногда много лет назад. Длительность этих психозов равнялась 2—3 мес. Лечение

¹ Это явление патопластически не согласуется с этническими традициями, в соответствии с которыми повышене половой активности в пожилом возрасте считается неприличным и носит название, отмеченное блеском народного юмора: «шар сэмжлэх» — «пожелтение брызгачного жира».

проводилось нейролептиками и антидепрессантами в сочетании с общеукрепляющей терапией и витаминотерапией. По выходе из психотического состояния больные оставались в какой-то степени монотонно угрюмыми, поздрительными, ипохондричными.

При сосудистых психозах (6 наблюдений) бред ревности проявлялся в структуре синдромов образного бреда, т. е. и сам был образным, сочетался со слуховыми галлюцинациями. Иногда эта психопатологическая симптоматика «перекрывалась» помрачением сознания по типу оглушения либо сумеречного состояния. Часто расстройства сознания наблюдались на начальных стадиях сосудистых психозов. Эти синдромы (сумеречные состояния) включали в себя функциональные наслаждения в виде истероподобного фасада поведения, присоединения к экзогенному сумеречному состоянию элементов истерического сумеречного состояния. На высоте психотического возбуждения обязательно отмечались явления речевой спутанности, в которой сочетались экзогенные и истерические признаки. Можно было говорить о довольно отчетливой корреляции этих проявлений с повышенением артериального давления. Бред ревности в структуре основного синдрома самостоятельного значения не имел, он проявлялся в сочетании с бредовыми идеями преследования, колдовства, отрывочными слуховыми галлюцинациями угрожающего содержания и галлюцинациями на тему ревности (голоса рассказывали об изменениях жены или мужа). Эти галлюцинаторно-бредовые переживания не имели устойчивой фабулы, сюжетные линии бреда часто сменяли одна другую. В ночное время иногда нарастала выраженность психопатологической симптоматики — возникал страх, усиливались слуховые, появлялись зрительные галлюцинации; больные не спали, становились беспокойными. Во время таких ночных обострений (по типу делириозных состояний) тема ревности в переживаниях нередко продолжала звучать. К утру состояние опять характеризовалось сумеречным помрачением сознания. Временами сознание прояснялось, больные становились спокойными, у них исчезал страх, проходила аффективная напряженность с дисфорическими элементами, наблюдавшаяся в структуре сумеречного состояния. Такая динамика могла означать окончание психотической вспышки. Через несколько часов или дней опять могло наступить ухудшение с помрачением сознания и проявлением в прежнем виде и в такой же последовательности

указанных выше психопатологических симптомов. Резидуального бреда ревности (равно как и других бредовых идей) в связи с иочными делириозными эпизодами не наблюдалось.

Течение данных психозов было кратковременным (1—2 нед), они были полиморфными по симптоматике, отличавшейся выраженной остротой, что подчас затрудняло синдромологическую идентификацию. Нозологически они были отнесены к гипертоническим. Во-первых, «чисто склеротическая» патология вообще не имеет распространения среди монголов, тогда как гипертоническая наблюдается нередко, в том числе с церебрально-сосудистыми нарушениями. Во-вторых, принимался во внимание возраст больных (от 40 лет до 51 года). В-третьих, у всех этих больных отсутствовала стадия начальных неврозоподобных проявлений атеросклероза, головного мозга, зато выявлялись признаки гипертонической болезни (I или II стадия). В-четвертых, психопатологическая симптоматика коррелировала с повышениями артериального давления по типу кризов.

При органических психозах (8 больных) бред ревности также имел образный характер с отдельными проявлениями «идеаторности» [Дементьева Н. Ф., 1977], входя в структуру синдромов острого параноидного, принимавшего у некоторых больных подострое течение. Психозы развивались на энцефалопатической основе, у некоторых больных — при явлениях органического слабоумия лакунарного типа. Еще до возникновения психотических состояний имелись эксплозивность, депрессивно-дисфорические аффективные сдвиги. На высоте психоза, кроме бредовых идей преследования и ревности, отмечались слуховые истиные галлюцинации, иногда в иочное время — элементарные зрительные галлюцинации. Во всех случаях были указанные выше реактивные наслаждения с многоречивостью, демонстративностью поведения.

Таким образом, малое распространение бреда ревности у монголов и рассмотренные выше его клинические особенности при различных психических заболеваниях могут быть объяснены влиянием присущих монгольской нации и монгольской семье весьма специфических культурных и этнических обычаяев и традиций, сохранившихся в той или иной степени до наших дней. Имеются все основания считать данные социально-культурные факторы неблагоприятными для распространения среди населения Монголии.

голин нормальных проявлений ревности и соответственно для возникновения сверхценных и бредовых идей ревности при психических заболеваниях. Другие тематические разновидности бреда у монголов не имели в наших наблюдениях столь выраженного этнического своеобразия.

Клинические и социально-культурные аспекты патологической ревности в Северо-Осетинской АССР. Материалом для исследования послужили клинические наблюдения над 144 мужчинами с явлениями патологической ревности. Психические больных женщин со сверхценными или бредовыми идеями ревности не выявлено, что можно объяснить, как будет показано ниже, влиянием культурно-этнических факторов Северного Кавказа.

Среди психических заболеваний с патологической ревностью преобладали алкогольный бред ревности, шизофрения, посттравматические и атеросклеротические (органические) психозы, психопатии с реактивным развитием личности. Наибольшее число наблюдений составили больные с паранойальным синдромом — 112 больных (77,77 %). У остальных больных были диагностированы психопатологические состояния и нозологические формы, относительно редко протекающие с бредовыми идеями ревности и, как правило, не вызывающие затруднений в плане синдромологической идентификации (например, паранондный синдром, в который идеи ревности хотя и могут входить, но обычно в нем не доминируют).

Основной задачей было изучение именно паранойальных синдромов с бредом ревности. Это давало возможность отразить транскультуральный аспект работы, потому что данные по другим регионам накапливались в основном в результате клинических наблюдений над больными с паранойальным синдромами бреда ревности. Кросскультуральные исследования проводились в пределах Северо-Осетинской АССР путем сопоставления данных по двум группам больных — коренных жителей Северного Кавказа (осетины, ингуши, чеченцы и др.) и местных русских, проживающих в регионе из поколения в поколение¹. Транскультуральные исследования основывались на сравнительном анализе данных, полученных при обследовании больных из Северной Осетии, из

¹ Потомки терских казаков, перенявшие у соседей-горцев оружие, одежду, многие обычай. Этим объясняется и определенное культурное влияние на психопатологию бреда ревности, которое, однака, не идентично влиянию в семьях коренных жителей Северного Кавказа.

трех областей РСФСР («эталонные» территории)¹ и Монгольской Народной Республики [Терентьев Е. И., Гурдорж Ц., 1969, 1969а; Терентьев Е. И. 1972; Терентьева А. Я., Терентьев Е. И., 1975; Терентьев Е. И., Маховский А. А., Тамашунене Л. А. и др., 1977; Терентьев Е. И., 1982; Готвиг Е. А., 1983, 1984, 1985].

Больные из Северной Осетии были в возрасте от 30 до 63 лет. Длительность заболевания до обращения к психиатру в группах коренных жителей и местных русских существенно не отличалась и составила в среднем 7,5 года. Больные эталонных территорий попадали под наблюдение врачей в среднем на 3,2 года раньше (разница статистически достоверна). Это можно объяснить следующими моментами, отражающими культурно-этнические тенденции семейной микроструктуры и культурные влияния на клинические закономерности бреда ревности в Северной Осетии: 1) воззрение населения на ревность мужчины как на обычное проявление характера (при этом как бы подразумевается, что ревность имеет определенные границы и не достигает опасных масштабов); 2) вообще благожелательное отношение среди населения к больным психическими заболеваниями²; 3) относительно мягкое течение психозов с бредом ревности с редкими и относительно нетяжелыми проявлениями агрессивности (в частности, нерезко выражение садистско-мазохистское поведение и др.); 4) отсутствие тенденций выносить семейные неурядицы и конфликты на суд окружающих.

Представляют интерес особенности семейного уклада, обычая и традиций, отношения к женщины в семье и обществе, существовавшие на Северном Кавказе в прошлом и дошедшие до наших дней. А. Х. Магометов (1974) указывает, имея в виду семейный уклад в этом регионе в XVII—XIX веках, что, несмотря на зависимость от патриархальных условий и подчинение им, осетинская женщина, например, пользовалась определенными правами в семье, уважением (когда женщина входила в помещение, вставали даже старики) и половой неприкосновенностью.

¹ О проявлениях патологической ревности у больных из этих областей (Новосибирская, Кемеровская, Курская) речь идет в других главах книги, где также показано, что они не имеют существенных отличий от проявлений бредовых и сверхценных идей ревности, представленных в описаниях иностранных авторов.

² На «эталонных» территориях отношение к психически больным отнюдь не благожелательное, нередко основывается на разных предрассудках.

венностью со стороны посторонних мужчин. В литературе [Миллер В. Ф., 1881; Мисиков М. А., 1903; Косвен М. О., 1960; Магометов А. Х., 1974] нет указаний на то, что женщину наказывали в случае ее супружеской измены, так как этот аспект в семейном укладе, по-видимому, не был актуальным. Вместе с тем обычаем предусматривалась суровая кара для мужчины, посягнувшего на честь и половую неприкосновенность женщины.

В соответствии с этими особенностями семейного уклада проявления нормальной и патологической ревности на Северном Кавказе не были распространены. Это стало проявляться позднее, в связи с приобретением семьей истинно моногамного характера, а также (в основном в течение нынешнего столетия) эмансипацией женщины в психологическом, экономическом и других отношениях, вхождением ее в другие, кроме семейной, «малые группы». Как отмечают О. В. Кербиков (1971), Е. И. Терентьев (1982), это в свою очередь обусловило возникновение коммуникативной деятельности женщины в плане современных норм общения с другими лицами как женского, так и мужского пола, а также различных проблемных ситуаций с необходимостью их разрешения при ее непосредственном участии.

Имеет значение и изменение внутренней и внешней социометрической структуры семейной «малой группы», нередко с перераспределением «социальных ролей». Однако, возникнув в силу данных объективных социально-психологических факторов, проявления нормальной и патологической ревности с резко выраженным эмоциональным компонентом и агрессивным поведением ревнивцев тем не менее не получили среди населения Северного Кавказа широкого распространения [Готвиг Е. А., 1985]. Представляют интерес указания М. Я. Серейского (1933) на преимущественно экстраверттированный тип личностных реакций у русского населения в Северной Осетии и интраверттированный — у осетин, хотя автор не называет в числе распространенных психологических и психопатологических проявлений ни нормальной, ни патологической ревности. По-видимому, у осетин это связано с тем, что как со стороны больных, так и их родственников отчетливо проявлялись стремление к «эмоциональной автономности»,держанность в проявлениях чувств к родным, в том числе к детям и жене, особенно в присутствии посторонних, с отмечаемой при этом своеобразной застенчивостью, немногословием. Такие особенности поведения

коренных жителей региона препятствуют вынесению за пределы семьи конфликтных ситуаций, в том числе связанных с проявлениями нормальности и патологической ревности, снижают вероятности агрессивного поведения в том и другом случае, а также аффективную «заряженность» переживаний.

Очень существенный социально-культурный фактор представляет собой выраженная среди населения региона актуальность ценностных ориентаций, связанных с вопросами семейной чести, которая обуславливает благоприятное отношение к больному в семье, сочувствие родственников к судьбе больного (никогда не наблюдалось индуцирования родственников ревнивыми переживаниями больных) и их активную деятельность, направленную на сохранение семьи. Особенно важным в рассматриваемом плане является правильное поведение родственников на стадии реабилитационных мероприятий в отношении больных. Для пожилых людей указанные ценностные ориентации были особенно актуальны, даже в большей степени, чем для лиц молодого и среднего возраста. Они бескомпромиссно относились к усвоенным в течение жизни традиционным формам семейно-бытового уклада (крепость и нерушимость семьи, уважение молодых к старикам, сохранение престижа и чести семьи в целом, а также жены, мужа и др.).

С этими особенностями уклада семьи и касающихся ее факторов общественного мнения следует, в частности, связать то, что в северокавказском регионе мало больных с бредом ревности, разведенных с женами.

Сопоставление наблюдений позволило установить некоторые особенности бреда ревности у больных из Северной Осетии. Так, отмечено, что «первичная фабула» данного бреда у этих больных отражала убежденность не в развратности жены, как у больных «эталонных» территорий, а в том, что была случайная, «непредвиденная» супружеская измена. Бред ревности сопровождался нерезко выраженными признаками цинично-эротической обиженности переживаний (при алкогольном бреде ревности, в основном у больных из «местных» русских), но этих признаков могло и не быть (при шизофрении). В высказываниях не звучали кровосмесительные мотивы, т. е. обвинения жены в сожительстве со своими детьми, отцом, братьями (они защищали честь невестки, отставали ее моральную чистоту, категорически отвергали об-

винения ее в супружеской измене). Лишь в отдельных случаях жены обвинялись в сожительстве с дальными родственниками (при алкогольном бреде ревности с выраженной деградацией личности у больных). В случае возникновения в семье ситуации ревности в связи с психическим заболеванием с бредом ревности у главы семьи к ее разрешению привлекался узкий круг родных по линии самого заболевшего: отец, дед, дяди, братья. Родственники всегда стремились успокоить супругов, сгладить «острые углы», по возможности примирить их. Ни в одном случае родственники мужа не принимали безоговорочно его сторону, не проявляли неприязнь к его жене, не стремились опорочить, оскорбить ее, еще больше восстановить против нее психически больного супруга (на «эталонных» территориях это происходило очень часто). Наоборот, они старались приводить доводы, положительно характеризующие невестку, говорили о ее скромности, доброте, постоянной заботе о муже, детях, любви к ним и т. д.

Естественно, что как бы ни вели себя родственники больных, это не может усилить или снизить выраженность бреда, но может способствовать усилению или ослаблению аффективной напряженности, вести к повышению опасности агрессивного поведения больных по отношению к жене или к уменьшению такой опасности и др.

В литературе микросоциальному аспекту при анализе различных психических заболеваний придается большое значение, причем особенно активно изучаются в этом отношении семейные «малые группы» [Морозов В. М., 1964; Кербиков О. В., 1971; Могело И., 1958; Bergd A., 1983; и др.]. Акцент ставится на определении межличностных (интерличностных) отношений, на установлении психологических взаимоотношений лиц, объединенных в эти «малые группы» [Морозов В. М., 1964]. Исследования показывают, что межличностные отношения в семье могут влиять на возникновение и течение психических заболеваний. Так, К. Kolle (1959) в числе объективных факторов, имеющих отношение к патогенезу психических болезней, называет семейный фактор. О значении семейного окружения больных психическими заболеваниями для клиники, лечения и реабилитации идет речь в работах Л. Красович (1984), Ю. М. Данилова (1984), Ch. Vaughn, K. Snyder с соавт. (1984), M. Linn, L. Gurel, W. Williford с соавт. (1985). Бессспорно, семейный аспект тесно связан с проблемой социально-культурных (транс- и кросскультуральных) исследований в психиатрии, потому что «культурные схемы общества» [Морозов В. М., 1964] наиболее отчетливо проявляются в структуре и функциях семьи в различных региональных условиях. Не случайно Н. М. Жариков (1983) утверждает, что распространенность и клинические проявления психических болезней имеют значительные различия в зависимости от влияния самых различных факторов, в том числе социально-культурных. К ним, как известно, относятся национальные обычай, традиции, семейный уклад.

Закрепленное обычаем на Северном Кавказе почти-
тельное отношение к старшим исключает вовлечение в
бред ревности в качестве любовников жены родственни-
ков старшего поколения и вообще пожилых людей и ста-
ринков. Это в свою очередь способствует сохранению и
при бреде ревности той социометрической ситуации семьи,
которая была до возникновения бреда. В наших наблюде-
ниях это обусловливало более длительную компенсацию
больных, их более устойчивую адаптацию в семейных
условиях, а в какой-то степени — и более мягкие прояв-
ления обостренных психических заболеваний, которые не-
редко удавалось купировать амбулаторно. Нам предста-
вляется, что и в ситуации нормальной ревности в семье
рассматриваемое обстоятельство может снижать остроту
переживаний ревнинцев, способствовав «психологиче-
скому вытеснению» психотравмирующих переживаний, их
более быстрому изживанию. Очевидно, именно в связи с
этим на Северном Кавказе среди представителей корен-
ного населения не имеют распространения сверхценные
комплексы ревности, которые наблюдались в ходе данио-
го исследования лишь в 6 случаях психогенного развития
личности у психопатов. В отличие от наблюденных на «эта-
лонных» территориях их психопатология не имела выра-
женной сексуальной окраски, в переживаниях больных не
было отчетливой фабулы сексуального соперничества,
речь обычно шла о семейной чести, престиже мужа.

Поскольку бредовые переживания больных региона
чаще всего ограничивались семьей и информация о «не-
верности» жены не распространялась за пределами се-
мейного круга, психическая травматизация жены была
меньше, она более терпимо относилась к ревности мужа.
Как правило, не вовлекались в ситуацию ревности и да-
же не посвящались в нее дети, в том числе взрослые.
В связи с тем что у коренного населения Северного
Кавказа не принято на людях демонстрировать отноше-
ния между мужем и женой, в поведении больных также
наблюдалась сдержанность в этом плане. Они не устрани-
вали в присутствии посторонних лиц объяснений с женой
по поводу ревнинных притязаний, не расспрашивали соседей,
знакомых, сослуживцев о ее поведении. Лишь в единичных случаях они писали жалобы в официальные
инстанции по поводу «непристойного» поведения жены.
Довольно часто, однако, больные совершали агрессивные
действия в отношении жены, что являлось поводом для
госпитализации. В какой-то мере данный феномен может

быть объяснен чрезмерно длительным пребыванием больных с бредом ревности дома, без лечения, а также их склонностью диссимилировать бред («эмоциональная автономность», присущая мужчинам региона). Об особенностях конкретных переживаний больных могут дать представление некоторые данные, взятые в сравнении по регионам. В наблюдениях по «эталонным» территориям над больным алкогольным бредом ревности выделено 56 наименований конкретных «вербальных структур» (термин наш. — Е. Т.), посредством которых в процессе систематизации бреда формулируются обвинения жены в «изменах». У больных из северокавказского региона отмечены (вrudиментарном виде) проявления всего двух «вербальных структур». Речь идет об обвинениях жены в содомии и «коллективном разврате»¹. Среди больных «эталонных» регионов первое обвинение отмечено в 10,1% случаев на II и в 9,1% — на III стадиях алкогольной паранойи, а второе — у 24,2%, 19,2% и 15,9% соответственно на I, II и III стадиях психоза. Исследования в Северной Осетии показали, что обвинения жены в содомии и «коллективном разврате» были кратковременными и лишь на II стадии алкогольного бреда ревности соответственно в 9,16% и 25,21% наблюдений.

Тем не менее в процессе систематизации бреда с формированием паранойального синдрома у больных региона наблюдалась достаточно сложная динамика преобразования структуры психопатологической симптоматики. Переживания больных (в том числе «скрытые»), их эмоциональная напряженность подчеркивали сложность и законченность структуры синдрома. Высказывания были единообразными. Независимо от нозологической принадлежности психоза в бреде ревности не звучали персекуторные мотивы. Это можно объяснить тем, что в высказываниях бреда ревности не встречалось обвинений жены в преступлениях на сексуальной основе (культурная особенность бреда). Однако отчетливо проявлялись другие признаки, характерные для паранойального бредового синдрома с доминирующими идеями ревности. Структура высказываний и переживаний больных отражала адресованность бреда жене в плане твердого, непоколебимого убеждения в ее супружеской неверности; все в нем было мотивационно и содержательно связано со

¹ Пункты 12, 16 и 21 регистра I («Обвинения жены в разврате») по нашей группировке «вербальных структур» (см. главу 6).

«стержневой идеей», т. е. с «первичной фабулой». Об этом свидетельствует достаточная репрезентативность и таких признаков, как поиски доказательств измеи, выраженность различных форм «защитного» поведения в нашем понимании [Терентьев Е. И., 1982], отчетливые, хотя и нерезко выраженные, проявления садистско-мазохистского поведения, имеющие большое значение для понимания некоторых сторон психопатологии и клиники бреда ревности. Может представить интерес сравнение конкретных проявлений этого поведения по регионам при алкоголем бреде ревности, где оно имеет наибольшую выраженность [Терентьев Е. И., 1978, 1982].

Так, у большей части больных в Северной Осетии отмечалось стереотипное поведение при садистско-мазохистских «допросах» жен (67 больных, 74,44 %) с угрозами убийства (71 больной, 78,88 %), требованиями подтверждения наводящих вопросов насчет сожительства с другими мужчинами (69 наблюдений, 76,66 %), большей выраженностью данного поведения в состоянии опьянения (61 случай, 67,77 %). Перечисленные и другие признаки имели нерезкую выраженность при относительной небольшой продолжительности отдельных эпизодов (не более 1—2 ч). Можно было также говорить о преобладании морального садизма над физическим (73 наблюдения, 81,11 %) и садистского компонента над мазохистским. Больные при «допросах» никогда не угрожали самоубийством и не предпринимали такого рода действий (шантажно-демонстративных, ритуальных). Они и жены не предлагали совершить самоубийство, а также не прибегали к такому тяжелому моральному мучительству жены и самонистязанию, как уговоры «сообща убить детей». Это можно связать с культурными особенностями бреда — отсутствием притязаний в плане «прописанного потомства».

Отличия от рассматриваемого поведения у больных «эталонных» территорий даже по этим общим характеристикам были весьма существенными. Имеет значение и то, что такого рода стереотипный его вариант отмечался лишь у 36,44 % больных из областей России. В большинстве были тяжелые формы этого поведения с преобладанием физического истязания жены над моральным и с выраженным самонистязанием (подробнее об этом см. в главе 4).

Выше указывалось, что садистско-мазохистское поведение может стать своеобразной компенсацией слабости

у больных и диссоциации между потребностями и возможностями в половой сфере, причем было обращено внимание на его тесную связь с суточными ритмами половой жизни и с пребыванием наедние с женой в располагающей к половой близости обстановке. В наблюдениях по северокавказскому региону эта связь не проявлялась настолько четко, чтобы можно было говорить о какой-либо закономерности в этом отношении. Таким образом, садистско-мазохистское поведение у больных региона можно отнести по нашей градации к иерезко выраженному варианту.

Обратимся теперь к анализу нозологических особенностей бредовых идей ревности у больных северокавказского региона. При алкоголе бреде ревности (85 наблюдений) в связи с алкогольной деградацией личности у больных в определенной степени инвертировались привитые воспитанием традиционные нормы поведения в семье, обусловленные культурно-этническими факторами. Некоторые больные были грубы с женами при посторонних людях, приходили проверять жену на работе, ссорились на почве ревнивых переживаний с мужчинами — ее сотрудниками, не раскрывая, однако, перед ними мотивов своего поведения. Тем не менее переживания бреда ревности были стереотипными, его система — довольно бедной и неразвернутой, без признаков ретроспекции, с малым числом включаемых в него в качестве любовников жены мужчин, некоторой цинично-эротической обнаженностью переживаний. Соответственно не постулировалась и тема развратности жены. У некоторых больных бредовой паранойяльный синдром былrudиментарным, особенно если он возникал по прошествии острых алкогольных психозов (чаще делнрия) и проявлялся как резидуальный.

У больных шизофренией (30 наблюдений) на высоте проявлений бреда ревности (в форме паранойяльного синдрома) отмечались интравертованность переживаний и склонность к их диссимуляции в связи с отмечением выше «эмоциональной автономностью» [Серейский М. Я., 1933], а также меньшая выраженность бредового поведения и меньшее разнообразие его форм, чем у больных «эталонных регионов». Идея супружеской неверности жены всегда была твердым убеждением в этом, но в высказываниях больных фигурировали в качестве признаков этого не реализуемые в прелюбодеяниях « развратные свойства», а зачастую какие-то не вполне ясные для

них самих мотивы и признаки. Бредовой синдром был довольно слабо систематизирован, не отмечалось сложно построенных обоснований, доказательств, интерпретаций. Совсем не наблюдалось сексуально-эротических фантазий, иллюзий и галлюцинаций воображения. Садистско-мазохистское поведение имелоrudиментарные проявления. Однако нередко наблюдалось агрессивное поведение, направленное на жену, по которому окружающие догадывались о психических нарушениях у больного. Ретроспекции бреда не отмечалась.

Параанойяльные бредовые синдромы ревности органической природы (посттравматические, атеросклеротические и др.) наблюдались у 37 больных. Для этих случаев было типичным «обрастанье» идей ревности персекуторными построениями. В связи с тем, что некоторые больные (с резидуальными проявлениями травм) были склонны к употреблению алкогольных напитков (бытовое пьянство), психоз мог приобретать отдельные черты, сближавшие его с алкогольной паранойей (признаки цинично-эротической обиженности в переживаниях и высказываниях, нивелирование индивидуальных различий в психопатологии). В большей степени это наблюдалось у больных из числа «местных» русских. Бредовые переживания и высказывания у больных этой группы в целом отличались выраженной простотой, примитивностью, «малыми масштабами» притязаний. При воздействии неблагоприятных факторов в виде тяжелых психических травм, тяжелой алкогольной интоксикации в течении психического заболевания отмечались своеобразные обострения, выражавшиеся в приобретении психопатологической симптоматикой черт образности, иногда с присоединением идей воздействия, псевдогаллюцинаций различного содержания, в том числе согласованных в этом отношении с идеями ревности. Продолжительность таких обострений составляла около месяца, затем опять становились актуальнымиrudиментарные бредовые идеи ревности паранойяльного характера. Общая длительность рассматриваемых психотических состояний была от 2—3 мес до полугода. У всех больных данной группы была возбудимость разной выраженности в сочетании с другими признаками психоорганического синдрома, такими как повышенная утомляемость, головная боль, вялость, бездеятельность и неряшливость, мелочность и ригидность, сужение круга интересов; у 3 больных отмечены черты демонстратив-

ности в поведении (органическое поражение мозга после травм). У больных атеросклеротическими психозами отмечены отчетливые колебания выраженности переживанияй бреда ревности в течение суток и более длительных периодов. Они также в определенной степени коррелировали с нарушениями сна и другими нарушениями циркадианного ритма (усиление тревоги, неопределенных страхов в вечернее и ночное время с усиливением переживанияй бреда ревности). В связи с влиянием позднего возраста непосредственно на психопатологию бреда ревности [Лейбович Ф. А., Щирнина М. Г., 1965; Штернберг Э. Я., 1977; Brice Р., 1986] в психическом состоянии этих больных отмечались также проявления субдепрессии с чертами «брюзжания», тревожности, слезливости, ажитированности.

Таким образом, проявления патологической ревности у коренных жителей Северного Кавказа (Северная Осетия) имеют существенные отличия от ее проявлений в других регионах РСФСР, что следует связать с влиянием различных социально-культурных факторов. Особенно хотелось бы подчеркнуть то, что в регионе отмечается объективное благожелательное отношение семейно-родственного окружения к ситуации, возникшей при психическом заболевании с бредом ревности у сына или зятя. Это позволяет широко привлекать родных к реабилитационным мероприятиям, существенно повышает их эффективность (более быстрая дезактуализация бреда со сменой поглощения бредовыми переживаниями реалистичными интересами и ценностями).

В заключение этой главы мы хотели бы сделать еще несколько замечаний.

В ходе наблюдений, проведенных в МНР, мы отметили, что участие семейного окружения больных в реабилитационных мероприятиях после выписки из стационара не имеет значения, так как бред ревности, будучи по преимуществу образным, нестойким, редуцированным, ко времени выписки всегда прекращался одновременно с исчезновением других психических расстройств и не требовал поддерживающих лечебно-реабилитационных мероприятий. Для северокавказского региона это было актуальным.

Клинические особенности бреда ревности, обусловленные культурными влияниями (как и нормальная ревность), делают егоrudиментарным проявлением, имеющим весьма незначительное распространение у монголов.

Патологическая ревность в северокавказском регионе при одинаковой в целом с другими регионами страны распространенности представляет собой совокупность сложных психопатологических феноменов в структуре паранойальных (по преимуществу) и других синдромов. Последние, правда, характеризуются в результате культурных влияний многообразными, дифференцированно представленными клиническими особенностями (меньшая яркость и насыщенность переживаний патологической ревности у больных Северного Кавказа цинично-эротическими представлениями, чем у больных «эталонных» регионов и др.). В связи с этим паранойальный синдром бреда ревности проявляется не как развернутое во всей полноте и выраженности признаков психопатологическое образование, а относительно мягко по сравнению с заболеванием на «эталонных» территориях.

Исследований, посвященных социально-культурным и этническим факторам и их влиянию на клинику и психопатологию патологической ревности, несмотря на их несомненную актуальность, проводится мало. Полученные нами данные могут иметь научное и практическое значение.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

КЛИНИКО-НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БРЕДА РЕВНОСТИ

Глава 6

АЛКОГОЛЬНЫЙ БРЕД РЕВНОСТИ

Развитие клинических взглядов на алкогольный бред ревности [алкогольную паранойю]

Алкогольный бред ревности, несмотря на его изучение в течение многих десятилетий, все еще остается актуальным [Портнов А. А., 1971; Морозов Г. В., Иванец Н. Н., 1975; Терентьев Е. И., 1982; Шумский Н. Г., 1983; Качаев А. К., Иванец Н. Н., Шумский Н. Г., 1983; Thompson G., 1959; Bergpér R. et al., 1966; Weitbrecht N., 1968; Wütrich P., 1977; Schneider K., 1980; Sobczyk P., Wódka L., 1983; Scharfetter Ch., 1984; Shepherd M., 1985; Bergnárd M., Murgay K., 1986, и др.].

Имеющиеся в литературе описания алкогольного бреда ревности не исчерпывают всей клиники и характера бредообразования при данной патологии. И. И. Лукомский (1970) справедливо считает вопрос о месте в систематике психозов алкогольного бреда ревности подлежащим пересмотру, а В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко (1968) не без оснований утверждают, что алкогольный бред ревности — наименее изученный алкогольный психоз. На разрозненность и противоречивость оценок как психо-патологических проявлений, так и течения алкогольного бреда ревности указывает В. Е. Рожнов (1965).

Начало дискуссии по указанной проблеме было положено Е. Nasse, описавшим в 1887 г. «бред ревности пьяйнц» и отметившим, что эта болезнь не представляет собой самостоятельного психоза, а является лишь разновидностью хронического алкоголизма, осложненного бредовыми идеями ревности. Большие заслуги в исследовании рассматриваемой клинической формы принадлежат Э. Крепелину, который сначала (1891) описал ее как «бред развития личности алкоголика». Семейные раздоры как следствие пьянства, отчуждение между супругами, отвращение жены, постепенно наступающее у больного, половое бессилие способствуют ускорению в сознании больного, который изначально склонен винить во всем

окружающих, иден о том, что причиной изменившегося отношения к нему жены являются ее связи с другими мужчинами. Иногда у таких больных как бы в подтверждение подозрений возникают слуховые и зрительные галлюцинации. Бред очень стоеч и не поддается какой бы то ни было коррекции. Как бы предсказывая трудности дальнейшего изучения этой болезни, автор подчеркивает то, что интеллект больных «для поверхностного наблюдателя» кажется совершению нормальным. Их идеи почти не содержат фантастических элементов, а, напротив, до такой степени принадлежат сфере возможного, вероятно, что зачастую только тщательное знакомство с реальными обстоятельствами позволяет обнаружить патологию мышления.

В более поздних (1912, 1913) работах Э. Крепелин называет рассматриваемую болезнь «алкогольной паранойей», описывая ее как самостоятельный психоз с постепенным развитием идей ревности и указывая на роль в ее прохождении алкогольной деградации личности. По его наблюдениям, бред ревности сначала проявляется у больных только в состояниях опьянения, но затем становится все более стойким и может вести к опасным действиям, например к убийству жены. Важно отметить, что «алкогольная паранойя» выступает у Э. Крепелина как психоз, психопатологической основой которого служит бред ревности в виде бреда толкования, первичного бреда.

В работах разных авторов конца прошлого и начала нынешнего столетия, а также во многих последующих работах концепция «алкогольной паранойи» Э. Крепелина продолжала развиваться. Р. Крафт-Эбинг (1890) называл эту клиническую форму «бредом супружеской неверности», А. Schüller (1902) — бредом ревности, возникающим при привычном злоупотреблении алкоголем. Одно из описаний этого психоза принадлежит С. С. Корсакову (1901). В согласии с точкой зрения Э. Крепелина он указывает, что алкоголики становятся придирчивыми, подозрительными, у них появляется бред супружеской неверности, когда больной постоянно подозревает свою жену в любовных интригах, упрекает в сношениях с любовниками, позорит «неприличными названиями». Н. Schneider (1903), соглашаясь с признанием значения в генезе алкогольного бреда ревности полового чувства, домашних столкновений и ссор, в то же время подчеркивает и роль повышения эффективности алкоголиков и их дементиос-

ти: именно влиянием слабоумия объясняет автор характер используемого в бреде материала — разных житейских коллажей, ложных воспоминаний и др.

В 1906 г. вышла работа В. П. Сербского, в которой автор этнологически связывал бред ревности по преимуществу с хроническим алкоголизмом и рассматривал алкогольный бред ревности в качестве самостоятельной формы психического заболевания. Стало крылатым высказывание В. П. Сербского о бреде ревности как о «клейме алкоголизма». В полном соответствии со взглядами Э. Крепелинна на значение изменений личности для возникновения бреда ревности пьяниц Н. Többet (1906) указывал, что бред у таких субъектов психологически может быть обусловлен общим снижением интеллекта в связи с ослаблением нравственных задержек при повышенной похотливости.

Придерживаясь в описаниях «хронического бреда ревности пьяниц» крепелиновской концепции, Е. Блейлер (1920), кроме того, подчеркивает зависимость бреда от количества употребляемых спиртных напитков и тенденцию быстрого его изчезновения при трезвости, хотя «в редких случаях» бред ревности может оставаться и по прекращении пьянства. О «полной алкогольной паранойе» автор считает возможным говорить в случаях присоединения к бреду ревности других бредовых образований и галлюцинаций.

Позднее Е. Блейлер рассматривал алкогольный бред ревности как вызванное спиртом и специфически окрашенное «интермеццо» в течении шизофрении, а существование «иешизофренией» алкогольной паранойи стал считать недоказанным. Нельзя не упомянуть в этой связи и работу О. Bumke (1924), который не признавал никаких проявлений бреда ревности в виде самостоятельных форм, относя их к кругу «шизофренических заболеваний». Подобных взглядов придерживался P. Schroeder (1912), а позже — Т. И. Иванова (1935), считавшая, что речь может идти только о переживаемых бредовых образованиях одиой и той же шизофрено-параноидной структуры. Она категорически утверждает, что бред ревности пьяниц — это спровоцированное проявление шизофрении, часто с обозначающимися «минус-тенденциями». Такая точка зрения представляется нам утиранием тенденциозной, чересчур бескомпромиссной.

Следует подчеркнуть, что работы, авторы которых в толковании алкогольного бреда ревности придерживают-

ся клинической концепции Э. Крепелина, наименее противоречивы в отношении как позиции каждого исследователя, так и их общих тенденций. К этому направлению относятся работы В. А. Гиляровского (1954), Н. Н. Тимофеева (1955), Е. А. Попова (1958) и др.

В работах современных зарубежных авторов [Gayral L., 1967, и др.] рассматриваемая клиническая форма продолжает описываться под названием «алкогольная паранойя». Наряду с ним употребляется как синоним название «бред ревности пьяниц» с указанием, что этот психоз зависит от тяжести алкоголизма, его симптоматика обостряется при усилении алкогольных эксцессов и ослабевает, если больной уменьшает потребление алкоголя. Бредовые идеи ревности могут переплетаться с идеями преследования, когда больной считает, что жена с любовником собираются лишить его жизни. Такие «преследуемые» больные часто сами превращаются в преследователей и способны на преступления в отношении воображаемых врагов, как считает, например, T. Bilikiewicz (1979). Автор указывает, что параноидный синдром при описываемом психозе отвергается в связи с отсутствием распада личности, систематизацией бредовых идей, эффективной сохранностью без каких-либо признаков шизофrenии.

Указания автора очень существенны, так как способствуют синдромологическому и нозологическому уточнению самого понятия «алкогольный бред ревности», являющегося предметом существенных разногласий в клинической практике и литературе. Не случайно E. Morris, I. Chafetz (1967), приступая к клиническому анализу «алкогольной паранойи», с некоторой озабоченностью отмечают, что эта категория нередко отражает попытку акцентировать «сложность алкоголизма», вместо того чтобы рассматривать проблему в более существенном объеме. Характеризуя сам психоз, авторы отрицают роль преморбидного в его генезе, но придают значение «гетеросексуальным отношениям», изменениям личности и кумуляции явлений самой болезни. H. Eu, P. Bergard, C. Brisset (1967) считают, что дебют «алкогольной паранойи» может быть затяжным, но может представлять собой и «процессуальное потрясение» по K. Jaspers. W. Schulte, R. Tölle (1977), кроме общепризнанных факторов социальной деградации личности, придают значение органическим алкогольным изменениям, а также ряду «ситуационных факторов бредового развития», — таких как не-

доверчивое и защитное поведение супругов («партиеров»), испорченные межчеловеческие отношения в окружении, комплекс вини, «проецируемый на супругу», и т. д.

Представляет интерес отраженная в ряде исследований клиническая позиция, согласно которой алкогольный бред ревности признается клинической реальностью, однако со временем Е. Nasse (1887) не рассматривается как самостоятельная болезнь [Осипов В. П., 1931; Раппопорт А. М., 1932, и др.]. Так, С. Г. Жислин описал в 1935 г. «неоформившиеся» бредовые идеи ревности наряду с «неоформившимися» бредовыми идеями преследования и отношения в числе признаков абстинентного синдрома алкоголизма. В более поздних работах (1940, 1956) автор выделяет «алкогольный бред ревности» как таковой, отмечая, что данный психоз наблюдался у больных с симптомами алкогольной деградации, был тесно связан с алкогольными изменениями личности и не представлял собой самостоятельного заболевания. А. Х. Гасанов (1957), Н. Hoff (1956), D. Handerson, I. Batchelor (1962) также не признают алкогольный бред ревности как самостоятельную клиническую форму. Однако доводы, приводимые названными и другими исследователями, не вполне убедительны. В одних случаях указывается, что речь идет об элементарно простом бредовом явлении, не заслуживающем даже отнесения к структурам синдромального уровня, не говоря уже о выделении в самостоятельную форму, в других указывается на сложную структуру и многостепенный синдромогенез алкогольного бреда ревности, но тоже без признания его самостоятельности. Показательна в этом смысле своеобразная и несколько спорная позиция Л. В. Штеревой, В. М. Неженцева (1976). Они считают, что бред ревности следует рассматривать как синдром, который может возникать и в рамках алкогольного параноида, и при психозах другой этиологии, в том числе при шизофрении, психозе в результате атеросклероза и т. д. В связи с этим якобы и нецелесообразно выделение алкогольного бреда ревности как самостоятельной формы алкогольного психоза. Приведенное рассуждение не вполне состоятельно с точки зрения клинической логики: если синдром бреда ревности наблюдается при шизофрении и атеросклеротическом психозе, то почему это должно быть доводом против выделения самостоятельно существующего психоза в виде алкогольного бреда ревности?

Столь выраженные разногласия в вопросе о том, что служит основанием для непризнания алкогольного бреда ревности самостоятельной клинической формой, снижает убедительность доводов сторонников рассмотренной концепции.

В работах как отечественных, так и зарубежных авторов издавна понятие «алкогольный бред ревности» трактовалось как собирательное. Например, Е. Мендель (1904) выделил бред ревности при «галлюцинационной алкоголической паранойе» в качестве одного из направлений развития бредовых представлений при этой болезни, в содержании которых перерабатываются нередко и некоторые фактические данные (жена оттолкнула от себя вечно пьяного мужа, имея, может быть, сношения с другим мужчиной).

Вообще, по-видимому, заслуживают внимания те работы, авторы которых выделяют хронический вариант алкогольного психоза с бредом ревности с паранойально-структурой психопатологической картины и вариант с проявлениями бреда ревности в структуре экзогенно-симптоматических алкогольных психозов. Такая градация представляется нам наиболее клинически обоснованной. В этом ряду можно рассматривать и «резидуальный» бред ревности, отмечаемый по прошествии острых алкогольных психозов [Терентьев Е. И., 1972, 1982; Морозов Г. В., Иванец Н. Н., 1975; Готвиг Е. А., 1985; Rohrlich K., 1933; Kolle K., 1959, и др.].

E. Meyug (1910) одним из первых, по-видимому, стал подразделять патологическую ревность при алкоголизме на «простые ревнивые идеи» и бред ревности в трех вариантах: 1) постепенно развивающиеся идеи ревности без предшествующего острого психоза, нарастающие до бредовой системы без какой-либо почвы, основывающиеся на «самых безобидных вещах и пустых случайностях»; 2) резидуальные идеи ревности; 3) бредовые идеи ревности, появляющиеся во время опьянения или в течение острого алкогольного психоза. G. Meggendorff (1927) описывает в рамках алкогольного бреда ревности два разных состояния: 1) интерпретативные бредовые идеи ревности, возникающие в связи с изменой жены в прошлом, импотенцией, неприятной домашней обстановкой и др.; 2) бредовые идеи ревности, возникающие на почве гипнагогических галлюцинаций и сновидений. В происхождении второй формы автор отмечает роль преморбida, параноидной конституции. И. Ф. Слу-

чевский (1957) выделяет параноидный и парофренический варианты алкогольных психозов, причем бред ревности считает типичным проявлением парофренических психозов. Группировка, предлагаемая Б. М. Берлиным (1960), включает четыре этапа течения алкогольного бреда ревности. Четыре разновидности алкогольного бреда ревности описывает и Г. Н. Соцевич (1960): идеи ревности на высоте опьянения, неоформленные и иечеткие, без тенденции к развитию; паранойяльный синдром бреда ревности с постепенным развитием; бред ревности в постпсихотических состояниях; бред, проявляющийся в периоде формирования похмелья или «утяжеления» алкоголизма. Автор указывает на возможность существования алкогольного бреда ревности в виде «моносимптоматического комплекса».

Представляют интерес уточнения, касающиеся острого бредообразования — случаев возникновения бреда паранойяльной структуры «по озарению». Некоторые авторы наблюдали самостоятельный психоз в виде алкогольного параноида ревности, а также бред ревности при остром и хроническом алкогольном галлюцинозе и алкогольном делирии. Е. А. Готвиг (1985) выделяет три варианта «алкогольного бреда ревности»: 1) с актуальными бредовыми переживаниями в рамках типичного паранойяльного синдрома; 2) сrudиментарными проявлениями этого синдрома с включением элементов образности; 3) в виде резидуальных паранойяльных состояний бреда ревности по прошествии острых алкогольных психозов.

Большим числом работ представлено направление, приверженцы которого относят алкогольный бред ревности к алкогольному параноиду или к его разновидностям. Так, М. О. Гуревич (1949) описал алкогольный параноид с преимущественно бредовым содержанием, в структуре которого центральное место занимали идеи ревности. В последующем такие алкогольные параноиды стали описывать многие авторы. Их описания, в частности в работах И. В. Стрельчука (1966, 1970 и др.), характеризуются тем, что сначала у алкоголиков возникает обычная ревность к жене, которая может становиться патологической, т. е. бредовой. Поведение больных, описанное автором, соответствует таковому при паранойяльных состояниях, но по течению (перемежающееся: то острое, то затяжное) психоз как будто ближе к алкогольным параноидам. В работах ряда авторов пси-

хопатологическая структура синдрома описываемого психоза не соответствует его определению; психоз отнесен к параноидам, а описываемое поведение укладывается в рамки паранойяльного синдрома [Сафьянов Н. Г., 1967; Позднякова С. П., 1971, и др.]. Бывают случаи тяжелого течения со слуховыми галлюцинациями. Важно подчеркнуть, что И. В. Стрельчук в отличие от многих других авторов не идентифицирует понятия «алкогольный бред ревности» и «алкогольный параноид». К данной группе публикаций относится описание А. К. Качаевым (1977) затяжного алкогольного параноида с включением в его картину идей ревности: «При затяжных алкогольных параноидах в клинической картине присутствуют систематизированные идеи преследования, ревности, отравления. В структуру психоза могут включаться и кратковременные иллюзорно-галлюцинаторные расстройства, преимущественно эротического содержания. Очень часто встречается бредовое поведение — проверка белья жены, слежка, употребление особых запоров». Как видим, автор вообще не выделяет такой изозологической формы как алкогольный бред ревности.

В литературе широко распространена точка зрения, в соответствии с которой бред ревности у больных алкоголизмом вырастает из сверхценных идей, которые считаются, в частности, как бы обязательным этапом в развитии алкогольного бреда ревности [Штиллер Л. Я., 1947; Анучин В. В., 1962; Шумский Н. Г., 1983, и др.]. Указывается, что в самом начале возникают подозрения, а в дальнейшем они приобретают характер сверхценных идей, «перерастающих» затем в бредовые [Полниковский С. И., Лившиц С. М., 1959]. Соответственно заостряется внимание на трудностях судебно-психиатрической дифференцировки «обострений ревности» алкоголиков, сверхценных идей ревности и бреда ревности [Максименко В. М., Кокорев А. Н., Быстрина И. Л., 1971], увеличивается число выделяемых разновидностей идей ревности алкогольного происхождения, затушевываются и без того недостаточно четкие границы между бредом и другими разновидностями патологической ревности. При этом разные авторы дают описания сверхценных идей, основывающихся на выделении совершенно разных психопатологических признаков, которые трудно идентифицируются в рамках сверхценности. Так, А. П. Дементьев, Н. Н. Тимофеев с соавт. (1963) следующим образом рассматривают стадии становления бреда ревности: «Фор-

мирование бреда идет медленно; через фазу бредовой настроенности, проявляющейся в неопределенных подозрениях в неверности, в фиксации внимания на незначительных фактах, которые в дальнейшем переходят в упорные поиски доказательств измены, в какую-то потребность признаний в неверности¹. Авторы считают, что такая потребность может быть проявлением «мучительного, болезненного сомнения». В психопатологическом отношении эти явления отнесены к сверхценным идеям ревности.

В результате клинических исследований и знакомства с литературой мы пришли к мнению о недостаточной обоснованности выделения сверхценных идей как почти обязательной стадии становления алкогольного бреда ревности и согласны с А. Х. Лазаровой (1967), которая подчеркивает, что всегда следует устанавливать, являются ли идеи ревности при алкоголизме психопатологическим синдромом или выражением психопатических черт. Таким образом, мы полагаем, что если признавать ревность свойством измененной алкоголем личности, то ее нельзя относить к бредовым явлениям, а если признавать ее бредом, то тогда следует считать, что она существует в таком качестве с самого начала, и никакие сверхценные идеи ей не предшествуют.

Заслуживает внимания позиция G. Laux, F. Reimer (1979), вообще бескомпромиссно отвергающих концепцию «психологического патогенеза алкогольного бреда ревности» и не признающих даже в этом смысле роли снижения потенции в патогенезе данного психоза.

F. Postrach (1988) сообщает о случае острой белой горячки (острого алкогольного галлюцинаоза: автор не проводит различий между этими психозами) с алкогольным бредом ревности.

Представляет интерес следующее высказывание А. К. Качаева, Н. Н. Иванца, Н. Г. Шумского (1983), относящееся к некоторым особенностям психопатологии алкогольного бреда ревности, алкогольной паранойи: «Содержание бредовых... переживаний, отражая особенности взаимоотношений и конфликтов, встречающихся в жизни, сохраняет определенную правдоподобность.

¹ Как указывалось в главе 4, в проведенных нами и нашими сотрудниками наблюдениях над больными алкогольным бредом ревности выпытывание признаний в изменах расценивалось как садистско-мазохистское «бредовое поведение», очень типичное для бреда ревности.

В связи с этим окружающие больного лица долго не считают его состояние патологическим. По этой же причине психиатры часто видят в высказываниях больных не бредовые расстройства, а сверхценные образования».

Дискуссия в отношении той или иной клинической формы должна прежде всего преследовать цель ее психопатологической (синдромальной) идентификации. Применительно к алкогольному бреду ревности это условие не всегда соблюдается, и до настоящего времени четко не установлено, какова синдромальная сущность данного психоза. Группировок предлагается много, но указанный вопрос, как правило, не затрагивается. Разные авторы по-разному представляют себе само понятие «алкогольный бред ревности». Создается впечатление, что оно вообще не соответствует ни клинической действительности, ни целям и задачам психиатрии сегодняшнего дня. Возникнув в эпоху симптоматологической психиатрии, понятие «алкогольный бред ревности» продолжает существовать как однозначная категория, как своеобразный анахронизм, тогда как другие понятия такого рода — «мономания», «острое помешательство» и т. п. — давно изжили себя. Сохранение в клиническом обиходе термина «алкогольный бред ревности» как собирательного понятия неоправданно, поскольку объединение в одну группу психозов по признаку наличия идей ревности кажется сомнительным и создает путаницу. Одни авторы описывают под таким извращением психозы, другие продолжают употреблять его как название симптома алкоголизма; у одних алкогольный бред ревности — это психоз паранойальной структуры, у других — алкогольный параноид. Однако довольно часто описывается просто алкогольный бред ревности без указания его психопатологической структуры.

Обращает на себя внимание еще одно обстоятельство. В некоторых работах отмечается противоречивость данных о бреде ревности при алкоголизме, разноплановость его описаний. Однако многие авторы придерживаются совершенно одинаковой точки зрения на динамику становления алкогольного бреда ревности, обосновывая следующую схему: ревность, присущая алкоголикам, — сверхценные идеи ревности — бред ревности. Разногласия нередко касаются лишь терминологии, возникают при попытках «внести лепту» в систематику. В то же время ряд актуальных в клиническом отношении моментов остается незатронутым. К ним, по нашему мнению, мож-

но отнести уточнение психопатологии и клиники алкогольного бреда ревности в части симптомов и синдромов, которые его характеризуют (с обращением особого внимания на паранойальные синдромы и ориентацией на «алкогольную паранойю» Э. Крепелина), выяснение сущности и значения сексуальных расстройств и их влияния на психопатологию и клинику алкогольного бреда ревности. Требуют изучения галлюцинаторные явления при данном психическом заболевании, влияние тяжести алкогольной деградации на картины бреда, стадии клинического течения, психопатологические механизмы систематизации бреда и др. Необходимо отметить, что название «алкогольная паранойя», узаконенное в «Международной классификации болезней ВОЗ» 1980 г. (последний пересмотр), к сожалению, почти не встречается в работах наших соотечественников¹.

Между тем эта клиническая форма, выделенная Е. Краепелин (1912), отражает одну из линий развития учения о паранойе вообще, причем «алкогольная паранойя» была практически первой разновидностью психоза с паранойальным синдромом, «отпочковавшейся» от паранойи. По тем временам это был существенный вклад и в развитие нозологического направления в психиатрии. Сейчас, к сожалению, проблема паранойи рассматривается по преимуществу в рамках шизофрении. Это вряд ли правильно, так как в клинической практике встречаются психозы, имеющие паранойальную структуру, не только в рамках шизофрении, но и органического, интоксикационного происхождения. Выделение алкогольного бреда ревности как самостоятельного заболевания, по нашему мнению, продолжает сохранять значение для учения о паранойе. Споря об этом психозе — его сущности, психопатологии, динамике, прогнозе, синдромологии и т. д., — необходимо прежде всего ограничить объект спора: что такое «алкогольный бред ревности», о чем ведется дискуссия? По нашему мнению, следует не описывать под этим названием все новые и новые формы, а остановиться на рассмотрении данного психоза как единого клинического явления, сущность которого более всего соответствует крепелиновской «алкогольной паранойе».

¹ Исключением являются работы Е. И. Терентьева (1982), А. А. Ка-чаева, Н. Н. Иванца, Н. Г. Шумского (1983).

Психопатология и клиническая динамика алкогольного бреда ревности (собственные исследования)

Общая характеристика клинических наблюдений. Обследовано 226 больных, страдавших алкогольным бредом ревности отчетливо выраженной паранойальной структуры, т. е. «алкогольной паранойей» Э. Крепелина. Все больные — мужчины в возрасте от 37 до 62 лет. Преобладание среди этих больных мужчин и редкость данного заболевания у женщин всегда отмечаются в литературе. Исключением являются наблюдения А. Schüller (1902), который указывал, что употребление алкоголя женщинами часто является этиологическим моментом в развитии бреда ревности.

Все больные состояли в браке, наиболее постоянным и «устойчивым» объектом их переживаний в бреде ревности была жена. Хочется подчеркнуть, что переживаний в плане «комплекса третьего» [Калинина Н. П., 1976] мы у наших больных не отметили. Все в бреде — энергия мышления, воображения, поведения — проявлялось в связи с ревнивыми притязаниями к жене в аспекте основной фабулы («первичная фабула». — Е. Т.) бреда. Так называемый фактор третьего обычно был обезличен. Все исходило из содержания бреда и бредового отношения к жене. Нередко больные считали, что жена сожительствует со своим сыном, отцом, а эти персонажи естественно не укладываются в рамки представлений (пусть бредовых) о «третьем».

У всех наших больных была II или III стадия алкоголизма с проявлениями энцефалопатии. Больные имели запои с похмельем, физической и психической зависимостью от алкоголя. На высоте тяжелых похмельных состояний у больных наблюдались неопределенные страхи, подозрительность, бессонница, тяжелые вегетативно-сосудистые нарушения. Больные были конфликтными, грубыми, эгоистичными, черствыми, многие из них давно утратили представление об этических нормах, общие с семьей интересы. У относительно небольшого числа больных (24 наблюдения, 10,61 %) явления алкогольной деградации были представлены менее резко.

Заслуживает внимания как один из факторов (может быть, не самых существенных) патопластики алкогольного бреда ревности то, что в первую очередь алкогольная деградация в социальном плане у наших больных,

как и вообще при алкоголизме, проявлялась в домашних условиях, в семье. Поведение таких больных на работе, в больнице, пишет И. В. Стрельчук (1956), резко отличается от поведения в быту, где от них стонут все от мала до велика. В данном аспекте представляет интерес также работа V. Student, A. Matova (1969), изучавших развитие психических расстройств (тревожно-депрессивный невроз, реактивный психоз, неврастения, депрессивные реакции, психосоматические заболевания) у 40 женщин госпитализированных алкоголиков. К. L. Kogan, J. K. Jackson (1965) указывают на зависимость пьянства мужа от личностных свойств и поведения жены. Аналогичным образом расценивают социальные последствия алкоголизма (в том числе и у больных алкоголем бредом ревности) А. Имамов (1990), M. Bergnard, R. Murgay (1986); B. I. Rounsville, L. S. Dolinsky, T. E. Babog (1987). Эти положения учитывались нами, в частности, при изучении некоторых форм «бредового поведения» больных и их зависимости в отношении патопластинки от тех или иных конкретных условий в семье при оценке эротической насыщенности переживаний бреда ревности и т. д. Обычно не удавалось получить точных сведений о начале болезни, за исключением 17 больных (7,52 %), у которых бред ревности возник «по озарению». Чаще всего жены больных рассказывали, что уже в течение 3—5 лет и более их мужья необоснованно, с выраженным упорством ревнуют их как к знакомым, так и к незнакомым мужчинам, придают значение жестам и взглядам, ведут слежку, стремясь «застать на месте преступления». В 32 случаях (14,15 %) жены больных сообщали, что мужчинам и раньше была свойственна ревность, но она не была столь выраженной и ненаскоренной как та, что явилась поводом для их помещения в психиатрическую больницу. У 15 больных (6,63 %) отмечалась ревность в родословной по мужской линии (отец, братья, дед и др.).

В беседе с супругами больных и другими членами их семей нередко выяснялось, что первыми признаками бреда ревности были усиленные проверки поведения жены с целью уличения ее в изменениях на работе, а если жена не работала, то дома. Больные искали записки в карманах одежды жены, звонили на работу, ездили проверять, на месте ли она, ходили встречать с работы, но близко не подходили, а, спрятавшись вблизи от проходной, следили, не идет ли жена с другим мужчиной. Особенно резко

такое поведение проявлялось тогда, когда жена работала в ночную смену.

Рассматриваемое заболевание было хроническим, с затяжным течением, устойчивой, малодинамичной симптоматикой. Тем не менее удавалось проследить стадии его становления и развития, усложнения клинических проявлений, а также редуцирования клинических картин в далеко зашедших случаях алкоголизма и психоза¹. Обращает на себя внимание определенная зависимость между возрастом больных, длительностью алкоголизма (включая период привычного бытового пьянства) и стадией психоза (табл. 8).

Таблица 8. Распределение больных по возрасту, длительности алкоголизма и стадиям алкогольного бреда ревности (226 больных)

Возраст, годы	Длительность алкоголизма и стадия психоза	Число случаев
37—42	5—10 лет; преимущественно II стадия	33
40—55	8—15 лет; II или (реже) III стадия	146
45—62	15—20 лет; III стадия	44

Как следует из табл. 8, наиболее многочисленной была группа больных со II стадией психоза, для которого характерны весьма широкие возрастные границы, а также разная длительность алкоголизма и наибольшая продолжительность течения. Мы наблюдали больных, у которых клинические проявления этой стадии продолжались более 10 лет. Собственно II стадия — это своего рода кульминация психоза, когда он представлен во всей полноте клинических проявлений. Первая стадия отличалась относительно небольшой продолжительностью, чем обусловлены ее относительно узкие возрастные границы и небольшая частота. Что касается больных с III стадией психоза, то они были старше больных двух предыдущих групп и имели самый большой «стаж» алкоголизма.

Различия возрастных показателей этих групп статистически недостоверны. Больные одинакового возраста могут входить в любую из них. Это можно объяснить

¹ Имеются указания [Сочиев И. М., 1983, и др.] о снижении частоты рецидивирования алкоголизма в старших возрастных группах в связи с возможным угасанием влечения к алкоголю.

индивидуальными особенностями развития алкоголизма, прогредиентностью его течения, а также возрастом заболевания алкоголизмом бредом ревности и различиями клинической динамики этого психоза у разных больных.

Первая стадия алкогольного бреда ревности (алкогольной паранойи). Эта стадия характеризовалась особенно активным поведением больных, направленным на разоблачение жены и установление «фактов измен». Однако причина такого поведения кроется не в том, что больные сомневаются в супружеской верности жены и хотят либо получить доказательства, либо отказаться от сомнений; они стремятся лишь к подтверждению своей непоколебимой убежденности в неверности жены как средству отстаивания собственной идеи. В их переживаниях звучат мотивы не просто измен жены, но ее развратного поведения, выражении сексуальной распущенности, т. е. переживания и высказывания больных подчинены содержанию «первичной фабулы», с возникновением которой, по нашему мнению, и начинается развитие бредовой системы, бредового синдрома. Как правило, больные истолковывали различные имевшие место в прошлом обстоятельства и факты как признаки половой распущенности жены. Больные «вспоминали», что жена не была девственицей при вступлении в брак, поскольку в силу своей порочной сущности занималась развратом до замужества, нередко приходили к выводу, что жена была беременной от другого мужчины, когда выходила замуж.

Нами и нашим сотрудником Л. Л. Мурашковским (1975) отмечено, что именно на стадии зарождения и становления бреда больные особенно опасны для жены и ее минимых любовников, именно в это время они способны на агрессивные действия с тяжелыми последствиями вплоть до убийства. Агрессивные действия чаще совершаются в состоянии алкогольного опьянения. Мы считаем эту стадию безусловно психотической стадией алкогольного бреда ревности с отчетливо выраженной борьбой за концепцию бреда, т. е. стадией, вообще характерной для паранояльных бредовых состояний разного генеза и содержания.

Среди прочих проявлений у больных отмечалась склонность к переработке в плане бреда ревности ряда обстоятельств, причем с соблюдением определенной избирательности и отчетливо выраженным софистическим характером бредовых построений. Например, больные считали одними из признаков изменившегося отношения к

ним жены (имелись в виду неверность, половая распущенность) ее нервность и раздражительность, иногда просто указывали, что жена «стала другой». Один больной «догадался» о развратном поведении жены по ее частым встречам с сестрой, которая не была замужем («вместе занимаются развратом»). Обычными были указания на недостаточное внимание к себе со стороны жены: «нестирает белье», «несвоевременно готовит пищу» и т. п. Мы бы поставили акцент на претензиях в отношении отказов от половых актов — они были особенно частыми, так как у больных появлялись повышенные сексуальные запросы вследствие повышения полового влечения (нередко при некотором снижении потенции).

В объяснениях с женой все претензии и обвинения высказывались больными с циничной прямолинейностью и всегда сводились к констатации ее половой распущенности. Упреки в недостаточной любви высказывались чрезвычайно редко, в основном в небольшой группе больных с нерезкими проявлениями алкогольной деградации (24 наблюдения). Мы склонны объяснить это инвертированием высших этических эмоций в связи с алкогольной деградацией.

Любое хотя бы кратковременное пребывание жены наедине с другим мужчиной подвергалось бредовой интерпретации в плане измены. Речь идет о ряде «стандартных» ситуаций («жена — любовник» — наше условное обозначение таких ситуаций. — Е. Т.): нахождение жены с кем-либо из мужчин в рабочей обстановке, с несколькими мужчинами из числа сотрудников по работе последовательно в течение дня, с начальником в его кабинете; поездка с шофером в служебной машине по делам производства; пребывание на кухне коммунальной квартиры одновременно с соседом; посещение квартиры кем-либо из мужчин в отсутствие больного (слесарь-сантехник, дворник, почтальон, сотрудник по работе, навестивший жену во время ее болезни, товарищи сына-подростка и др.) и т. д. Жена объявлялась ненасытной в половом отношении, и больные считали, что она может предлагать себя мужчинам, являясь «инициативной стороной».

Обращало на себя внимание то, что больные весьма редко обращались со своими претензиями к «любовникам» жены, редко совершали в отношении их агрессивные действия. Некоторые больные обвиняли жену в поисках мужчин с очень высокой потенцией, развратность жены они объясняли ее характером, а также «наследст-

вениостью» и низким моральным уровнем, считали жену способной к лживости и вероломству в половых отношениях, половым актам в самых неподходящих условиях, т. е. в таких случаях убежденность в развратности жены вела к своеобразному пренебрежению представлениями об особенностях сексуальности женщины вообще: женщина присваивалась половые тенденции мужчины, который может совершить половой акт, минуя подготовительную стадию (форшпиль).

Однако, несмотря на то, что перечисленные варианты бредовых высказываний были связаны с «первичной фабулой» и характеризовались цинично обнаженным сексуальным содержанием, все же они ограничивались вербальными структурами¹ «малого масштаба», отражающими конкретные притязания и лишенными нелепых умозрительных «нагромождений». Например, не встречалось обвинений жены в том, что она «делает аборты от других мужчин», «занимается онанизмом», предается кровосмешительным прелюбодеяниям с сыном, родным братом, двоюродными братьями, племянниками, свекром и т. п. Эти высказывания начинали звучать на II стадии алкогольной паранойи. Необходимо иметь в виду следующее весьма важное обстоятельство. Информация в плане перечисленных выше и аналогичных высказываний симптоматически четкая, ей присуща одинаковость формулировок, она может быть выявлена у большинства больных при достаточно вдумчивом и обстоятельном исследовании их психического статуса, содержания бредовых переживаний. С этой целью применяется опросник, пункты которого (дескрипторы) позволяют выявлять у больных конкретное содержание переживаний в указанном плане как на ранних стадиях алкогольного бреда ревности, так и на стадиях полного развития клинической картины психоза и поздних стадиях. Ниже приведен сокращенный вариант опросника, в котором дескрипторы (вербальные структуры) распределены по трем группам (регистрам): I — «Обвинение жены в разврате»; II — «Констатация признаков измен»; III — «Расширение системы бреда. Персекуторные линии» (табл. 9).

Комментируя отраженные в табл. 9 данные, можно отметить следующее. Переживания больных, проявляе-

¹ I. Glatzel (1978), S. Rosenberg, G. Tucker (1979) придают «вербализации» большое значение в выявлении психопатологических феноменов.

Таблица 9. Опросник (сокращенный вариант) для выявления конкретного содержания «вербальных структур» при алкогольном бреде ревности I, II, III стадий

№ п/п	Содержание «вербальной структуры»	I стадия (33 больных)		II стадия (146 боль- ных)		III стадия (44 больных)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%

Регистр I. Обвинения жены в разватре

1	Восприятие состояния половых органов жены как признака ее измены: ненормально влажные, сухие, прилипшие, «подозрительного цвета» «необычное состояние», изменившаяся температура и др.	11	33,33	114	78,08	21	47,72
2	Жена обвиняется в совершении измен в то время, когда больной на работе	29	87,87	145	100	44	100
3	Утверждение, что жена изменяет	33	100	145	100	44	100
4	Убежденность, что жена флиртует, кокетничает с другими мужчинами	33	100				
5	Обвинения в недостаточной любви, отсутствии любви	6	18,18				
6	Обвинения в изменениях с мужчинами, более красивыми, чем больной	12	36,36	52	35,61	—	—
7	Обвинения в изменениях с мужчинами, имеющими «большую мужскую силу», чем больной	21	63,63	113	77,39	31	70,45
8	Утверждение, что жена позорит мужа и детей	11	33,33	54	36,98	—	—
9	Стремление публично позорить жену в общественных местах (в кино, транспорте, на улице)	12	36,36	88	60,20	14	31,81
10	Обвинения жены в тайных связях с другими мужчинами	21	63,63	61	41,47	—	—
11	Обвинения в связях с другими мужчинами «на глазах у окружающих»	—	—	68	46,57	31	70,45

№ п/п	Содержание «вербальной структуры»	I стадия (33 больных)		II стадия (146 боль- ных)		III стадия (44 больных)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
12	Обвинения в том, что на работе жена по очереди сожительствует с разными мужчинами (начальник цеха, мастер, бригадир и т. д.)	21	63,63	84	57,37	—	—
13	Обвинение в сводничестве подруг жены	25	75,75	82	56,16	24	54,54
14	«Дети похожи на мужчину, с которым жена встречалась до замужества»	—	—	42	28,76	8	18,18
15	Обвинения в плане «принесенного потомства» («дети не мои»)	—	—	46	31,50	11	25,00
16	Обвинения жены в изменах с сопутыльниками больного, большим числом односельчан, соседей	21	63,63	85	58,91	18	40,90
17	Обвинения жены в кровосмесительных связях	—	—	38	26,02	19	43,18
18	Обвинения жены в том, что она «развратная», «падшая»	29	87,87	132	90,40	36	81,81
19	Обвинения жены в том, что она «погрязла в изменах»	28	84,84	129	88,35	41	93,18
20	Утверждения, что жена занимается онанизмом	—	—	29	19,86	18	40,90
21	Обвинение жены в содомии	—	—	15	10,27	4	9,09
22	Обвинения жены в том, что она заразилась и заразила мужа венерической болезнью	—	—	48	32,08	14	31,08
23	Утверждение, что жена изменяет в приходящими ночью мужчинами, когда больной спит	—	—	48	32,08	7	15,90
24	Обвинения жены в изменениях со стариком	—	—	—	—	7	15,90
25	Убежденность в том, что жена «ждет, когда уснут муж и дети», чтобы уйти к любовнику	—	—	63	43,15	—	—

№ п/п	Содержание «вербальной структуры»	I стадия (33 больных)		II стадия (146 боль- ных)		III стадия (44 больных)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
26	Обвинения в изменах с мужчинами, выступающими по телевидению	—	—	11	7,53	3	6,81
Регистр II. Констатация признаков «измен» жены							
1	Смущенный вид жены	13	39,39	—	—	—	—
2	С женой здороваются мужчины-любовники	18	54,54	—	—	—	—
3	Жена улыбается мужчины-любовники	13	39,39	67	39,04	—	—
4	Задумчивый вид жены	13	39,39	—	—	—	—
5	Веселое настроение жены	10	30,30	—	—	—	—
6	Другие мужчины говорят, что жена хорошо выглядит	14	42,42	38	26,02	—	—
7	Жена улыбается, разговаривая с соседом, каким-либо другим мужчиной	28	84,84	64	36,98	—	—
8	Жена старается лучше одеваться, чтобы irritаться другим мужчинам	30	90,90	127	86,90	—	—
9	Жена смущается в присутствии других мужчин	27	81,81	89	60,95	—	—
10	Жена дружит с соседкой («коллективный разврат»)	8	24,24	28	19,17	7	15,90
11	Любой разговор с другим мужчиной — договоренность о совершении полового акта (ситуация «жена — любовник»)	22	66,66	95	65,00	18	40,90
12	Несвоевременное возвращение жены с работы, из магазина, с рынка	30	90,90	133	91,09	31	70,45
13	Жена надевает новое белье («собирается к любовнику»)	29	87,87	128	87,68	7	15,90
14	Жена не отвечает взаимностью при половой близости	12	36,36	74	50,68	—	—

№ п/п	Содержание «вербальной структуры»	I стадия (33 больных)		II стадия (146 боль- ных)		III стадия (44 больных)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
15	Необычные ощущения во время половых актов с женой	16	48,48	58	39,72	12	27,27
16	Утверждение «я — третий лишний»	21	63,63	—	—	—	—

Регистр III. Расширение системы бреда. Персекуторные линии

1	Утверждения, что жена может изменить в любой обстановке	28	84,84	141	95,88	36	81,81
2	Утверждения, что жена может совершить половой акт с другим мужчиной во время кратковременной отлучки из дома (в сарай, в магазин, на рынок и т. п.)	29	87,87	143	98,63	36	81,81
3	Включение в бред молодого мужчины, подростка в качестве любовника пожилой жены	—	—	82	60,95	24	54,54
4	Оповещение детей о «развратном поведении» их матери	—	—	89	60,95	16	36,36
5	Обвинение детей в скрытии «измен» матери	—	—	63	43,15	—	—
6	Расспросы детей об «изменах» матери, ее «развратном поведении»	—	—	63	43,15	7	15,90
7	Обвинения жены в камерении «заявлять квартирой»	—	—	92	63,00	36	81,81
8	Обвинение жены в связи с бандитами-любовниками с целью убить мужа и «развратничать без помех»	—	—	48	32,08	14	31,81
9	Обвинения жены в том, что она подсыпает в пищу яд, чтобы отравить мужа и «развратничать без помех»	—	—	27	18,49	14	31,81
10	Обвинения жены в том, что она поит «заговоренной водкой»	—	—	18	12,32	8	18,18

№ п/п	Содержание «вербальной структуры»	I стадия (33 больных)		II стадия (146 боль- ных)		III стадия (44 больных)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
11	Обвинения жены в колдовстве	—	—	—	—	7	15,90
12	Обвинения жены в намерениях вызвать у больного «половую слабость»	—	—	18	12,32	10	22,27
13	Распросы посторонних людей с целью установления фактов измен жены с наводящими вопросами в цинично-эротическом плане	6	18,18	61	41,47	—	—
14	Галлюцинации воображения и аффективные иллюзии в ночное время при признаках «экзогенизации» психотического состояния	—	—	38	26,02	6	13,63

мые вовне в таких информативно значимых вербальных структурах, как обвинения жены в невериности и коистатия признаков этого, характеризовались весьма различными совокупностями признаков. Одна группа этих вербальных структур была свойственна лишь I стадии психоза, им были чужды нелепо-гротескные построения, выраженная сексуально-эротическая обнаженность, персекуторные мотивы. Вместе с тем им были присущи элементы софистики, своеобразная выспринно-нанвиая, притягивающая назидательность, сентенциозность. Высказывания и обвинения II регистра были общими для I и II стадий, но все же чаще встречались на II стадии. Наконец, III регистр отраженных в табл. 9 вербальных структур отмечался на всех трех стадиях психоза, причем на I стадии реже, чем на II и III стадиях. Высказывания II и III регистров существенно отличались от таковых I регистра тем, что имели, как правило, нелепо-гротескный характер, резко выраженную сексуально-эротическую насыщенность и обнаженность, носили своеобразный отпечаток тяжелой алкогольной деградации и глубокого

снижения общих критических способностей. Часто они сочетались с персекуторными построениями, а на высоте явлений экзогенизации (см. ниже) — и сrudиментами идей воздействия.

Распределение вербальных структур по стадиям рассматриваемого психоза подчиняется статистическим закономерностям¹. Так, может представить определенный интерес, что признаки (тесты, дескрипторы, «вербальные структуры»), отражающие «облигатные» параметры «первичной фабулы», не имели на разных стадиях алкогольного бреда ревности статистически достоверных различий. К ним мы отнесли признаки I регистра — 3 («жена изменяет»), 7 («жена изменяет с мужчинами, имеющими большую мужскую силу, чем больной»), 18 («жена развратная, падшая»), 19 («жена погрязла в изменах»); II регистра — 10 («жена дружит с соседкой — коллективный разврат») и 11 (ситуации «жена — любовник») и III регистра — 1 («жена может совершить половой акт с другим мужчиной во время кратковременной отлучки из дома...»). Лишь признак 11 II регистра, при отсутствии достоверных различий частоты на I и II стадиях психоза, достоверно чаще встречался на I и II стадиях, чем на III стадии.

Рассмотренные данные можно прокомментировать следующим образом. Отсутствие достоверно различной частоты большинства этих признаков на разных стадиях психоза следует связать с тем, что в них «закодирована» сущность самой иден бреда в форме «первичной фабулы», которая, возникнув и дав начало бреду, в дальнейшем практически не изменяется по своему содержанию. Это мы и наблюдаем в данном случае: «облигатные» признаки «первичной фабулы» чрезвычайно стойки, чем обусловливается и стойкость самого паранойального бредового синдрома.

Достоверные различия получены по таким вербальным структурам, которые отражают клиническую динамику алкогольного бреда ревности за счет типичных черт ведущего синдрома на каждой из трех стадий. Например, статистически достоверной была большая частота признаков 1, 10, 13 I регистра, 7, 8 и 9 — II и 3 — III регистра на I стадии, чем на II. На III стадии сложность и

¹ Для статистических расчетов был использован метод определения средней ошибки разности [Бредфорд-Хилл А., 1958] по специальной формуле.

богатство содержания психопатологической структуры бредовой системы уменьшались, проявления бреда редуцировались. В связи с этим многих признаков, отмеченных на I и II стадиях, на III стадии не наблюдалось. Между I и III стадиями получены достоверные различия по признаку 13 I регистра и 3 — III регистра за счет их большей частоты на III стадии.

Между II и III стадиями алкогольного бреда ревности зафиксированы достоверные различия по значительному числу признаков (1, 9, 11, 17, 20 I регистра; 8, 11, 12 — II и 3, 6 и 7 — III регистра). Одни из них встречались чаще у больных со II стадией психоза (1 и 9 I, все 3 II регистра, 3 и 6 III регистра), другие (11, 17, 20 II регистра и 7 III регистра) — у больных с III стадией. Определенная закономерность прослеживалась в том, что на II стадии психоза речь идет о преобладании признаков, характеризующих активность бредовых переживаний и бредового поведения, на III стадии — признаков, отражающих нарастающую монотонность, стереотипность, цинично-эротическую обнаженность переживаний одновременно с оскудением их «идеаторного радикала» в сочетании со снижением активности бредового поведения. Речь идет о таких «вербальных структурах», в которых звучат кровосмесительные темы, обвинения жен в занятии онанизмом, совершении половых актов, с другими мужчинами на глазах у окружающих и др.

Нами отмечено, что на I стадии рассматриваемого психоза не наблюдалось ряда вербальных структур, отражающих систематизацию бреда за счет грубой сексуальной обнаженности переживаний (высказываний) с обвинениями жены в содомии, приписанном потомстве с их преобладанием над более тонкими и индивидуально различными переживаниями (11, 14, 15, 17 и с 20 по 26 I, с 22 по 26 — II и с 4 по 12 — III регистров). На III стадии не отмечено вербальных структур с 1 по 7, 9, 14 II регистра, относящихся к сюжетным линиям переживаний, как бы несовместимых с грубой деградацией личности по алкогольному типу в связи с нарушениями в эмоциональной сфере. Эти изменения затрагивают высшие уровни, относящиеся к социально-нравственным сторонам взаимоотношений супружес (любовь, соперничество с другими мужчинами в личностном плане, «затаенные» переживания ревности с элементами тревоги и др.).

Естественно, рассмотренные «вербальные структуры» имеют место и при других психических заболеваниях с

бредом ревности, причем, например, при шизофрении в сочетании с алкоголизмом их распределение по стадиям сходно с таковым при алкогольном бреде ревности. При «чистой» шизофрении не проявляется признаков, характеризующих выраженность цинично-эротических компонентов бреда. При психозах позднего возраста проявление вербальных структур в известной степени соответствует стадиям, коррелирует с состояниями слабоумия, при которых встречаются отчетливо представленные цинично-эротические тенденции в высказываниях, обвинения жены в разврате, персекуторные мотивы. Четкого деления по стадиям, как при алкогольном бреде ревности, мы при этих психозах не наблюдали.

Из работ K. Leonhard (1963) известно, что нормальной ревности свойственна «эмоция стыда». Мы также встречались с этим феноменом в собственных исследованиях нормальной ревности у мужчин. При бреде ревности отметить его не удается: наоборот, чем шире информировано окружение больного о его ревнивых притязаниях к жене, тем больше удовлетворенность от борьбы за признание ее развратного поведения. Наши пациенты нередко устраивали громогласные объяснения с женой в кинотеатре, на остановках транспорта, во время поездки в нем, на улице с циничными оскорблениеми жены.

При бреде ревности больные нередко порывали контакты с друзьями ввиду их «выключения» в бред. В семьях царила тяжелая атмосфера из-за постоянных разбирательств больными мнимых измен их жен, угроз, драк, причем эти сцены происходили в присутствии детей, родственников, даже посторонних лиц. Наряду с этим больные продолжали правильно вести себя на работе, скрывали от сослуживцев ревность или старались представить себя как страдающую сторону в семейной ситуации. Это не случайно: А. В. Снежневский (1968) указывает, что такие больные долго сохраняют трудоспособность и в ситуации, не относящейся к содержанию их идей, ведут себя правильно. Такая особенность, отмечает автор, вызывает у окружающих сомнение в их болезни. Г. М. Молчанов, Р. Ф. Коканбаева, В. В. Русских (1969) справедливо утверждают, что даже жены больных нескоро обнаруживают у них признаки психического расстройства. Необоснованные упреки в супружеской неверности, оскорблении и угрозы принимаются за пьяные ссоры. Лишь постепенно вырисовывается патологический характер этих высказываний. На выраженную ограниченность «круга

бреда» у таких больных указывают и другие авторы, отмечая, что в иной ситуации больные ведут себя вполне рассудительно и с точки зрения сослуживцев и знакомых нет оснований для их госпитализации. Мы хотели бы подчеркнуть, что и структура высказываний больных (см. выше) на I стадии психоза нередко правдоподобна, а более грубые проявления бреда отчетливо звучат на II и III стадиях.

Рассматриваемый психоз в ярчайших стадиях характеризуется рядом признаков паранойального раздражения, таких как «лавинообразное» увеличение числа лиц, включаемых в бред («много любовников»), поиски доказательств, «правдояскательство» (например, «допросы» с вымпытыванием «правды» об изменениях), принятие в отношении жены мер общественного воздействия, стремление к публичному ее разоблачению, «эпистолярная» деятельность, своеобразная даулисть — разный модус поведения дома и на работе. Жены больных в некоторых случаях сообщали, что их мужья всю жизнь были реанимации. В пре-морбиде у части больных обнаруживалась склонность «бороться за правду», определенная паранойальность. У некоторых больных бредовая система начинала разделяться в связи с психотравмирующей ситуацией, наодившей на размышления об измене жены (по нашему мнению, влияние психогенного фактора следует считать лишь проаццирующим и в какой-то мере патопластическим, но никак не каузальным). По Е. Meyer (1910), в тесной связи с ревнивым бредом разделяются более или менее сильно повышенная возбудимость и «прядоподятость» сознания своего «я». В этом автор видит аналогию между бредом реальности и сутяжничества. Действительно, как яям удалось отметить, хотя в переживаниях больных часто фигурировала фабула «мученичества», «самопожертвования», все же эти переживания были эгоцентрически связаны с личностью больного, а не являлись какими-то альтруистическими. Параинойальный бред, в том числе бред реальности, — это бред, в котором в отличие от других форм бреда наиболее отчетливо представлена работа всей личности больного, его «я» над фабулой и сюжетными линиями бредовой системы, причем «я» является я осноным персонажем бреда. Таким образом, больной — и творец, и основное действующее лицо в бреде. При иных формах бреда больной сам переживает воздействие, преследование со стороны других лиц, его роль при этом пассивная, как бы созерцательная, во всяком случае фабула его «стаорческого» участия в бредовых картинах отсутствует. Еще Р. Serieux, I. Capgras (1909) указывали, что бредовая концепция при бреде толкования имеет своим объектом глазным образом «я». Эта же мысль выразена I. Hüniger (1970), относящим к «однозначным критериям бреда» стержнеющую («durchgehende») эгоцентричность бредового содержания. Отражением указанных особенностей бреда ревности являлось то, что провозглашаемое больными кредо «мученичества» воспринималось их окружением как достоверная информация, чему способствовала откровенность больных в разговорах о «распущенности» жены, а действительность носивших характер широкого повествования об этом с наводящими вопросами насчет интимных деталей «сожительства жены с любовниками».

Распространяемая больными подобным образом информация представляла собой конкретные фрагменты

бредовых построений, причем наиболее актуальных. Обойдя соседей, знакомых и сослуживцев, информация возвращалась к больным (часто в «приукрашении» виде), приобретала вид как бы «общественного мнения», сведений, полученных «от очевидцев», усугубляя тяжесть психического состояния, внося новые черты в переживания бреда и бредовое поведение и увеличивая опасность расправы больного с женой.

Эти проявления служили признаками расширения, систематизации бреда и средством его интерпретативного обогащения, а также отражали влияние на бред в патопластическом плане проявлений символического мазохизма.

Представленне о проявлениях I стадии «алкогольной паранойи» дает следующий случай.

Больной И., 43 лет. Находился в течении 54 дней на стационарном лечении в психиатрической больнице. Госпитализирован впервые в связи с упорными проявлениями патологической ревности. Родился в многодетной крестьянской семье. В детстве рос слабым, часто болел простудными заболеваниями. В школу пошел в 8 лет, учился удовлетворительно, хотя посещал школу неохотно — «не нравилось». Окончив 5 классов, стал помогать отцу на полевых работах, что было более по душе. С 16 лет самостоятельно работал в колхозе. Курить начал с 13 лет, спиртные напитки впервые стал употреблять после демобилизации из армии, но тяги к ним не испытывал. Женился в возрасте 23 лет на девушке из своего села, с которой дружил еще до военной службы. В течение 10 лет жили хорошо, любили и уважали друг друга, ссор не было. Больной выпивал только в компаниях, «знал меру». В семье родилось трое детей; он любил их, заботился о них. Продолжал трудиться в колхозе, в основном на полевых работах. Потом был переведен в скотники. На этой работе стал чаще выпивать, причем пьянство быстро прогрессировало.

При поступлении в больницу выяснилось, что уже около 10 лет больной пьет часто и помногу, опохмелился, бывает в пьяном состоянии на работе, наблюдаются запои (по неделе и более). В день выпивает до 500—600 г водки, употребляет самогон, винно. Если раньше был жизнерадостным, приветливым, вспыльчивым, но отходчивым, то к настоящему времени сделался угрюмым, хмурым, подозрительным, нелюдимым, постепенно стал с безразличием относиться к нуждам семьи. В состоянии опьянения становится грубым, скандальным, не терпит замечаний и упреков по поводу пьянства, ко всем придирается по различным поводам, лезет драться, часто называет себя несчастным, плачет, обвиняет жену и детей в том, что они его «не уважают», «не ценят». С чужими людьми больной угодлив, подобострастен, льстив, хотя тоже быстро приходит в состояние раздражения. Дома в последнее время совершенно нетерпим — возбуждается по любому незначительному поводу, склонен третировать близких и издеваться над ними. Работать стал нерадиво, халатно относится к своим обязанностям, грубит бригадиру, позволяет себе циничное балагурство, не считаясь с присутствием женщин, девушек-подростков, на замечания отвечает циничной руганью, угрозами, оскорблением. Жена просила больного поехать лечиться от пьянства, но он не реагирует на эти просьбы.

В течение 4 лет у него проявляется ревность к жене, имеющая отчетливо выраженный бредовой характер: он обвиняет ее в изменах, заключающихся, по его мнению, в развратной половой жизни с другими мужчинами из числа односельчан, которых икобы много — и молодых, и пожилых; постоянно следит за женой, наблюдает из-за укрытий, с кем из мужчин она встречается, разговаривает, здоровается, и всем этим эпизодам придает значение как признакам ее развратного поведения («договаривается о встрече», «обменивается сигналами», «изнасилует свидание» и т. п.). Со временем появление ревности больной стал более подозрительным, неразговорчивым, жену обвиняет в разврате, стыдит ее, требует «прекратить разврат», выпытывает у нее по почам «признания» в изменах. К этому времени у него начала проявляться своеобразная гиперсексуальность, «застряла» на вопросах половых взаимоотношений с женой, сделался еще более циничным, много внимания уделяет половым вопросам в разговорах с женой, а в последнее время — и с посторонними людьми, с которыми все более и более охотно обсуждает свои семейные дела в свете собственных ревнивых притязаний к супруге, приводит «установленные» им доказательства измен. Больной считает, что жена хранит дома анилиновую краску и цитрамон как противозачаточные средства. Кто-то из односельчан сказал ему: «У тебя жена молодая» и он истолковал это как абсолютно достоверную улику развратного поведения жены. Вообще все положительные высказывания о жене трактует только указанным образом.

В течение 2–3 последних лет больной расспрашивает всех односельчан о поведении своей жены, задает при этом наводящие вопросы выраженного сексуально-эротического свойства, которые являются отражением его ревнивых переживаний. Бывает крайне недоволен, если содержащееся в наводящих вопросах убеждение в «развратном поведении» жены оказывается не подтвержденным случайными собеседниками, настаивает на том, чтобы они давали подтверждение, приводят доказательства, вдаваясь в детали. Обнаруживает своеобразное удовлетворение, даже некоторое улучшение настроения, если ему в таких случаях «поддакивают». Больной ведет такие расспросы, подкрепляя их указаниями на «факты» весьма интимного свойства независимо от того, с кем он беседует. Говоря, например, о жене с молодыми женщинами или девушками, он подкрепляет свои соображения относительно ее «развратного поведения» указаниями на отсутствие у нее месячных, на подозрительные выделения из влагалища и т. п.

Соматическое состояние: среднего роста, правильного телосложения; тоны сердца чистые; печень несколько увеличена; артериальное давление 125/80 мм рт. ст. Неврологический статус: легкая слаженность правой носогубной складки, равномерное повышение сухожильных рефлексов, трепет пальцев рук.

Психический статус. В беседе с врачом приемного покоя и с лечащим врачом в отделении груб, злобен, с ненавистью смотрит на жену, кричит, что она специально кладет его в больницу, чтобы развязать себе руки и без стыда заниматься распутством. В дальнейшем продолжал высказывать бред ревности, называя жену развратной женщиной, не имеющей совести, позорящей семью, сожительствующей со многими мужчинами. Подробно рассказывал, как он выслеживал жену, добывал доказательства ее неверности. Например, выяснилось (об этом рассказала жена больного), что в состоянии опьянения ревность у больного особенно резко выражена: больной всячески оскорбляет жену, пробует выпытывать «признания» в изменах. Обнаруживается повышение полового влечения наряду с нерезким снижением потенции. Отмечаются признаки ретроспекции бреда. Считает, что и раньше

жена ему изменяла, но он не знал об этом или не придавал этому значения. Больной твердо убежден в том, что его жена свойственно «развратное поведение», что она способна на изощренность в половой жизни с другими мужчинами, так как ей «не хватает мужа». В качестве признаков измен жены больной приводит ее задержки на работе, отлучки из дома, даже 5—10-минутные, встречи с подругами, приведение в порядок прически и одежды перед уходом из дома, смену белья и т. д.

В отделении больной постепенно стал менее активным в высказываниях бреда, а по мере прохождения курса лечения переживаний и высказываний бреда ревности дезактуализировались и поблекли, больной стал говорить, что он простил жене ее измены — «чего не бывает!». Критического отношения к бреду не появлялось. Жену стал встречать спокойно, беседовал с нею о домашних делах, о детях, перестал обвинять ее в изменениях. Согласился пройти курс противоалкогольного лечения, по окончании которого был выписан из больницы.

Итак, у больного, страдающего алкоголизмом с явлениями деградации личности, развился психоз по типу алкогольного бреда ревности с ведущим паранойяльным синдромом. Описанная клиническая картина позволяет отметить в проявлениях болезни выраженность бредового поведения в форме поисков доказательств измен жены, расспросов окружающих о ее поведении, элементов садистско-мазохистских действий. Отмечено начинаяющееся интерпретативное расширение бреда с образованием системы за счет истолкования в плане бреда различных случайных внешних обстоятельств.

С просьбой помочь советом или госпитализировать больного к психиатру обращались тогда, когда проявления ревности становились нелепыми, причем это было очевидным для близких и соседей больного. Такие признаки указывали на переход болезни во II стадию.

Вторая стадия алкогольного бреда ревности. Начиная с этой стадии отмечались более прогредиентное развитие бредовых интерпретаций и расширение круга лиц, включаемых в бред. Больные продолжали заниматься «разоблачениями» жен, прибегая к своеобразным «детективным» приемам¹: все чаще исследовали белье жены в поисках подозрительных пятен, посыпали пол в спальне песком, чтобы отпечатались следы «любовников», проверяли одежду жены — «все ли пуговицы и крючки застегнуты»; отмечали растрепанный вид жены, «исщелованные и искусанные губы» (обнаруживали эти признаки независимо от возраста жены); систематически проверяли по-

¹ Подобное поведение больных с бредом ревности описано многими авторами [Осипов В. П., 1931; Гиллеровский В. А., 1954; Перельман А. А., 1957; Стрельчук И. В., 1966; Meyer E., 1910; Meggendorff G., 1927; Jaspers K., 1959; Reitterstöhl N., 1967, и др.].

ловые органы жены, находя, что они либо «ненормально влажные», либо сухие, либо имеют «ненормальный цвет» и т. п.; осматривали тщательным образом тело жены — «нет ли отпечатков пальцев», синяков, следов поцелуев, укусов. Некоторые больные так и говорили, что «ведут следствене». Одни из них заявляли жене, что «лучше любого следователя разберется» в ее поведении, что у него «лучше, чем у любого следователя, работает мозг». Многие наши пациенты вели «протоколы» таких действий в отношении жены, проводили своего рода следственные эксперименты: ходили, например, по маршрутам жены до места ее работы, магазина, рынка, чтобы установить время, необходимое для этого, и потом с большей точностью проверять своевременность ее возвращения домой. Больные просматривали трудовую книжку в поисках порочащих записей, стремились установить, с кем дружит жена на работе, с кем общается.

На данной стадии психоза жене приписывались связи с многими мужчинами. «Признаки измен» выглядели в высказываниях больных следующим образом: жена не отвечает взаимностью при половой близости — «износилась на других»; на жену смотрят незнакомые мужчины на улице — «ее любовники». Одни больной неоднократно замечал, что стояло жене задернуть шторы на окнах, как сразу садились на скамейку напротив дома мужчины — «ее любовники», которым она «подавала сигнал». Как только он раздвигал шторы, эти мужчины уходили. Ревность в это время проявлялась ко всем мужчинам, попадавшим в поле зрения больного, — старым, молодым, знакомым, незнакомым, часто к родственникам, в том числе к собственным детям, родителям, чего на начальных стадиях, как правило, не наблюдалось.

Кроме того, приходилось встречаться с обвинениями жены в содомии, онанизме. Частыми были обвинения в том, что она прибегает к абортам с целью скрытия беременности от других мужчин. Типичным следует считать обвинения жены в совершении половых актов с другим мужчинами в любой обстановке, в самых неподходящих условиях (в сарае для угля, подъездах и подвалах многоэтажных домов, в погребе, под полом собственного дома, на кухне, в туалете коммунальной квартиры, в кабине автомобиля, в подсобных помещениях магазинов и т. д.) в течение 2—5 мин. Больные считали, что жена «всегда готова к половому акту с другим мужчинами», так как она «развратная», всегда испыты-

вает сильное половое возбуждение, «половой голод», «бешенство матки», иенасытина в половом отношении, может совершить половой акт на глазах у посторонних людей¹.

Больные высказывали опасения, что жена в сговоре с любовниками, «этая шайка» стремится убить, отравить, сжечь со света; утверждали, что жена совместно со своей матерью или какой-то соседкой «навела порчу» в виде «присухи» (повышение влечения к жене, любви к ней), снижения половой силы, причем «пластическим матерналом» для такого рода ассоциативных построений служили, по-видимому, всегда имеющиеся у больных нарушения половой сферы.

В приводимых описаниях речь идет как бы о персекуторных бредовых идеях у больных алкогольным бредом ревности — идеях преследования, колдовства, порчи. Однако фактически подобного рода бредовые идеи не самостоятельны по содержанию, они лишь отражают направления развития бреда ревности, с которыми такие «квазиперсекуторные» идеи неразрывно связаны. Игнорирование данного обстоятельства ведет к тому, что в структуре алкогольного бреда ревности, основой которого служит его паранойальный вариант, описываются феномены образного (чувственного) бреда и таким образом решение тех или иных вопросов психопатологии и клиники рассматриваемого психоза осложняется новыми вопросами и проблемами.

Из изложенного выше следует, что на II стадии «алкогольной паранойи» наблюдается целый ряд отчетливо выраженных проявлений расширения бреда, его систематизации, дальнейшей «логической» разработки фабулы в виде различных сюжетных направлений, т. е. можно говорить о вербализации бреда. Вместе с тем довольно типичными были симптомы «экзогенизации» клинических картин особенно после тяжелых алкогольных эксцессов, в ночное время, когда отмечались упорные нарушения сна в виде бессонницы или поверхностного сна с кошмарными сновидениями; постоянными были проявления тревожных состояний, неопределенный страх. Больные много курили, их фантазия усиленно работала, рисуя картины разврата жены. Такая визуализация представлений могла усиливаться и дело доходило до иллюзий и

¹ При столь резко выраженных и нелепых бредовых ревнивых притязаниях больные, будучи помещенными в больницу, вскоре начинают считать, что жена в их отсутствие не только не занимается разводом, но и вообще не сожительствует с другими мужчинами. Поколебать это последнее убеждение не удается никакими целенаправленными «привоцирующими» вопросами (своеобразный «естественный эксперимент»).

галлюцинаций воображения. У некоторых больных данные явления усиливались и приобретали столь резко выраженную пластическую образность, что им начинало казаться, будто это «картины, которые кто-то специально показывает». В это же время больные иногда ощущали, что жена и «любовники» узнают их мысли, пытаются как-то на них воздействовать и т. д.

О проявлениях II стадии алкогольного бреда ревности и явлениях экзогенизации его клиники может дать представление следующий пример.

Больной Н., 36 лет. Находился на лечении в психиатрической больнице в течение 3 мес. Госпитализирован впервые. Родился в наследственном не отягощенной семье, отец служащий, мать домохозяйка. В детстве был здоровым, тяжелых заболеваний не было. В школе учился хорошо, закончил 8 классов, затем бухгалтерские курсы. Много лет работает по специальности. По характеру живой, веселый, очень общительный, разговорчивый. Служил в армии. По работе до болезни характеризовался хорошо. Приблизительно 15 лет назад начал часто и помногу употреблять спиртные напитки, сначала по праздникам и другим поводам, а затем и без повода. Через 3 года это стало злоупотреблением. В течение 10 лет наблюдался синдром похмелья. Женат, имеет двоих детей.

В течение 10 лет больной проявляет патологическую ревность к жене. Лечился в связи с этим в психоневрологическом диспансере. Ревность бредовая, в состоянии опьянения резко усиливается. Больной трактует в бредовом плане многие безобидные житейские ситуации. Например, стоит жена сходить в магазин, как он обвиняет ее в том, что она имела за стол короткое время сношения с несколькими мужчинами. Дома замечает признаки посещения жены мужчинами (не так лежат спички, сигареты). Следит за ней, прячется возле проходной предприятия, где она работает; проверяет ее белье, осматривает тело, половые органы; когда жена моется, обвиняет ее в том, что она «замывает следы». Не выпускает жену ни на шаг из квартиры, ревнует ее буквально ко всем мужчинам.

В последние 5 лет бред ревности стал особенно выраженным, появилась нелепость в обвинениях жены. Это совпало с нарастанием тяжести алкоголизма и заметным снижением потенции при усилении полового влечения. В состоянии опьянения больной стал боязлив, придирияться к жене и детям, совершать демонстративные попытки самоубийства. Появились запои, больной становился все более угрюмым, безразличным к делам семьи, пропивает зарплату, вещи. Стали постоянными выпытывания у жены «признания» в изменах с угрозами убийства, издевательством, избиениями. Больной однажды заявил жене, что она забеременела от другого мужчины — слабоумного человека, тяжелого астматика; не стесняется в выражениях при детях. Когда жена задерживается на работе или в магазине, на рынке, он обвиняет ее в том, что она «отпустила человек трех». В последнее время стал часто говорить, что она его травит и он от этого худеет. В состоянии опьянения ревность проявляется сильнее, но и будучи трезвым больной высказывает совершенно нелепые обвинения. «Вспоминал», что жена была беременной от другого парня, с которым встречалась до замужества, находил уши у детей такими же, как у

того парня. Постоянно говорил жене, что у нее «встревоженный вид», что она не выспавшася. Незадолго перед поступлением в больницу слышал иногда по вечерам тяжелое дыхание под полом, считал, что это жена с любовником совершают половой акт. Особенно беспокойно стало чувствовать себя ночами: видел, как соседка выходила на улицу и забрасывала провод на электролинию, чтобы «подключить приемник» и как-то воздействовать на него, ощущал наплыв на голову каких-то воли, грудь и голову сжимало. Эти явления нарастали в периоды запоев. Временами по вечерам, когда жена еще не успевала вернуться с работы, слышал, как стукала крышка погреба, раздавались шаги, видел тень, промелькнувшую мимо окон, говорил, что сосед стучит в погребе, а жена слышит стук и идет к нему. Но чаще прислушивался к дыханию жены, чтобы угадать, спит она или нет, старался не спать, но все-таки засыпал. Утром считал, что жена уходила от него к любовнику.

Соматическое состояние: больной среднего роста, достаточного питания, тонус сердца приглушенные, определяется легкий систолический шум на верхушке; патологии органов брюшной полости нет. Снижение потенции по алкогольному типу. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. Неврологический статус без выраженных отклонений от нормы.

Психический статус. Больной напряжен; разговаривая с женой, начинает плакать, обвинять ее в изменениях, разврите. Сознание не нарушено. Высказывания бреда ревности нелепые, отличаются стойкостью, упорством. Просит врачей сделать анализ с целью определения отцовства детей. Считает жену ревнательной, падшей женщиной, имеющей намерение избавиться от него для получения свободы прелюбодеяний. Заявляет, что жена давно занимается развратом, но умело прятет следы. На вопрос, имеет ли он прямые доказательства измен жены, видел ли их собственными глазами, отвечает, не видел, но это и не важно, потому что есть другие убедительные доказательства. Эти переживания оставались актуальными в течение нескольких недель пребывания больного в стационаре. Одновременно считал, что жена в его отсутствие продолжает «заниматься безобразиями». На свиданиях вел себя грубо, был подозрителен, озлоблен, принимался кричать на жену, оскорблял ее. Постепенно под влиянием лечения переживания дезактуализировались, больной стал считать, что в его отсутствие жена ему не изменяет. Высказывания относительно ее измен в недалеком прошлом продолжались, но утратили значимость. По окончании лечения, в том числе противоалкогольного, больной выписан из больницы.

В данном случае следует обратить внимание на обвинения больным жены в беременности от другого мужчины, «с которым она изменяет», а также на выраженную ретроспекцию бреда. Тот факт, что при обострении состояния в связи с затяжным усилением алкоголизации проявлялись элементы идей физического воздействия, не должен ставить под сомнение диагноз алкогольной паранойи, так как речь идет оrudиментарных бредовых включениях острого параноидного характера в структуру устойчивого, длительно протекающего параноидального синдрома. Они всегда как бы «вырастали» из галлюцинаций воображения, не имели никаких про-

явлений по типу психических автоматизмов, были скорее симптоматическими, траизиторными (по К. Бойгейферу).

Продолжая описание клиники II стадии алкогольного бреда ревности, мы хотели бы отметить постоянство проводимых больными садистско-мазохистских «допросов», во время которых они вымогали у жены «признания» в невериности.

При сравнении содержания бредовых высказываний у разных больных обращает на себя внимание их примитивность, стандартизость, стереотипность: заявления о распущенности жены, обязательное сведение обвинений к утверждению о якобы имевших место половых актах жены с другими мужчинами. Примитивность проявлялась и в таких типичных моментах поведения, как уничтожение мебели в своей квартире, «чтобы не досталась другому» (один из пациентов отполировал мебель, но затем уничтожил полировку), одежды жены, особенно новой и нарядной, «чтобы не наряжалась и не соблазняла мужчин». Больные выбрасывали косметику жены, остатки пищи, так как считали, что жена в их отсутствие может «кормить любовников». Таким образом, речь идет о бредовых идеях «малого размаха». Для больных была характерна обстоятельность мышления, его некоторая вязкость. Они вели с женой своеобразные назидательно-увещевательные разговоры о ее «разиудаиности», «недостойном», «развратном» поведении, «грубом и фамильярном» разговоре с другими мужчинами и с мужем.

Вполне естественно, что рассматриваемые проявления бреда ревности, типичные для II стадии психоза, несмотря на отсутствие явно иелогичных умозаключений, в силу примитивности высказываний и особенно типичных проявлений бредового поведения¹, характеризовавшихся стереотипностью, ритуальностью, агрессивными тенденциями, довольно быстро наводили жену и окружающих на мысль о психическом заболевании. В клинической практике «стандартность» проявлений бреда ревности у больных с алкогольной деградацией личности на II стадии

¹ Представляет интерес еще одна прослеженная нами форма «бредового поведения» при паранойальных проявлениях бреда ревности, в том числе у больных алкогольным бредом ревности. Это защитное поведение, при котором больные («для предотвращения измен жены») переезжали из одной квартиры в другую или из одного города в другой, требовали, чтобы жена сменила место работы, запрещали ей ходить в магазины, на рынок, посещать подруг; некоторые больные добивались увольнения жены с работы и вообще не разрешали ей выходить из дома и т. п.

психоза создает видимость (весьма обманчивую — Е. Т.) легкости диагностики. Диагноз зачастую ставится после нескольких вопросов, почти узакоенных в их стереотипности и задаваемых порой даже в одинаковой последовательности. В состоянии алкогольного опьянения бредовые высказывания больных становятся еще более стереотипными и непродуктивными. Очевидно, острая алкогольная интоксикация нивелирует не только черты личности, делая людей в состоянии опьянения похожими друг на друга [Портнов А. А., 1969], но и индивидуальные особенности клинических проявлений психозов, в частности алкогольного бреда ревности.

Третья стадия алкогольного бреда ревности. Переход заболевания в III стадию характеризовался клиническими картинами с преобладанием садистско-мазохистского «бредового поведения» над другими его формами. Бредовая система становилась все более примитивной, утрачивалось разнообразие интерпретаций. Бредовые высказывания сводились зачастую к стереотипным утверждениям, что жена «путается» с другими мужчинами («мужиками»), изменяет, занимается развратом и т. п. У больных исчезали склонность к разоблачениям жены, слежке за нею, стремление так или иначе обосновать свои убеждения какими-либо субъективно-логическими построениями; прекращалась борьба за убеждения, исчезала тенденция отстаивать и защищать их. Соответственно этому становились все менее выраженными и наконец прекращали свое существование такие типичные для I и II стадий алкогольной паранойи формы «бредового поведения», как «детективное», разные варианты защитного поведения, эпистолярная деятельность. Бред ревности как бы останавливался в своем развитии и даже в определенной степени редуцировался. Таким он мог существовать неопределенно долго, то усиливаясь (в периоды тяжелых алкогольных эксцессов), то несколько стихая (более или менее светлые промежутки с менее тяжелым пьянством). Э. Крепелин (1891) подчеркивал, что при бреде ревности пьяниц бредовые идеи не идут дальше притязаний в плане ревности, вращаются постоянно с различными вариациями вокруг одной и той же темы — мнмой супружеской неверности. Это в полной мере соответствует психическому облику больных на III стадии алкогольной паранойи с явлениями алкогольной деградации, доходившей подчас до органического слабоумия. Особенно резкие проявления такого

рода наблюдались у больных с очень большим «стажем» алкоголизма. У некоторых из них в анамнезе отмечались различные формы органического поражения головного мозга. У больных в возрасте около 60 лет отмечались склеротические мозговые нарушения. В отношении проявлений алкогольного бреда ревности на III стадии течения в определенной мере справедливы высказывания Н. Schneider (1903) о механизмах паранойческих реакций и состояний у тяжелых хронических алкоголиков. Автор полагает, что алкоголь, повышая аффективность, провоцирует бред ревности на почве изменения полового чувства, домашних столкновений и ссор. Хронические алкоголики часто бывают дементы, хотя и сохраняют внешнее благородство и не лишены способности рассуждать. Автор указывает, что аффект не затмняет здравого смысла этих больных, поскольку глубина аффекта при таком слабоумии ничтожна. Мы на основании наблюдений над тяжелыми алкоголиками с далеко зашедшими проявлениями бреда ревности полностью разделяем мнение данного автора. Действительно, аффект у таких больных имеет незначительную глубину, он монотонен, груб, может быть (и действительно является) одним из факторов развития садистско-мазохистских форм поведения, насыщает собой в плане кататимного влияния и делает чрезвычайно актуальными бредовые переживания. В то же время аффект таких больных не отражает каких-либо глубоких, тонких и сложных, индивидуально различных эмоциональных реакций.

При нарастании выраженности органического синдрома в связи с большой тяжестью и длительностью алкоголизма следует говорить, полагает Р. Висс (1967), именно об алкогольной деменции, но и он считает, что развитие деменции не заходит далеко, и такие больные остаются «ограниченными мещанами», которые живут обычной жизнью, ничем новым не интересуются. Эту деградацию, отмечал Е. Bleuler (1979), завершает ранняя смерть. Приводимые указанными авторами описания довольно точно воспроизводят картину психической деградации наших пациентов с алкогольным бредом ревности II и III стадий.

В литературе встречаются высказывания о том, что паранойческий алкогольный бред ревности нельзя рассматривать в качестве самостоятельной формы алкогольного психоза и даже в качестве заболевания алкогольного происхождения (иногда авторы указывают на большие трудности дифференциальной диагностики алко-

гольного бреда ревности и других психозов, протекающих с бредом ревности — шизофрении, психозов позднего возраста и др.). С данной точкой зрения мы не согласны, так как рассматриваемое заболевание известно с давних пор как самостоятельное, причем бесспорно алкогольного происхождения. Что касается указаний на дифференциально-диагностические трудности, то они, как мы думаем, несколько преувеличены. Парапояльные формы («моносидромы») алкогольного бреда ревности настолько нозологически высокоспецифичны по симптоматике, насколько может быть нозологически специфичен лишь психоз несомненно алкогольной этиологии: алкоголизм накладывает отпечаток как на личность больного, так и на клинику психоза. В бредовых выскаживаниях и в поведении больных проявляются присущие алкоголикам признаки социального и морального снижения, игнорирование интересов семьи, элементы цинизма, взгляд на себя как на незаслуженно страдающего человека, общее огрубение личности, утрата тонких индивидуальных черт [Наджаров Р. А., 1968, и др.]. Нельзя не упомянуть и снижение критических способностей, причем, как отмечает И. К. Яиушевский (1961), речь идет не только об отношении больного к самому себе, к своим поступкам, но и об отношениях между людьми, характеризующих уровень их культуры, а также о семейных и вообще интерперсональных отношениях. Все эти проявления могут служить основанием для дифференциальной диагностики (конечно наряду с клиническими критериями).

Бред ревности при острых алкогольных психозах

Логично было бы считать, что одной из форм этих психозов является алкогольный парапаид, в психопатологической картине которого наряду с персекуторными бредовыми идеями присутствует и бред ревности, обусловливающий те или иные особенности ведущего синдрома (острый парапаид) и психоза в целом. К сожалению, такой подход к этой проблеме почти не встречается. Основной причиной этого, на наш взгляд, служит тенденция описывать под названием «алкогольный парапаид» психозы, которые включают и симптомы, относящиеся к парапаиду (страх, тревога, слуховые галлюцинации, образные идеи преследования, отношения и др.), и парапояльный бред ревности, если он имеется в струк-

туре психоза. Примером такого подхода могут служить работы В. В. Анунина (1962), А. Г. Гофмана (1963) и др. Авторы считают, что начало заболевания может быть острым и постепенным, бредовой симптом отличается конструктивной простотой и систематизированностью бредовых идей. Нельзя в данном случае не указать на противоречие: если речь идет о настоящих алкогольных параноидах, представляющих собой, как известно, экзогенные психозы с ведущим синдромом параноида, то для них не могут считаться типичными бредовые идеи ревности в описываемом виде, т. е. в виде первичного (паранойяльного) бреда¹. Имея в виду такие «неувязки», Р. Вегнег (1972), например, отмечает отсутствие четкого разграничения понятий «параноид» и «паранойя» в психиатрической литературе. На выход из создавшегося положения указывал А. В. Снежинский (1960), отграничивший «бред ревности пьяниц» от прочих алкогольных психозов, как от острых, так и от хронических.

Необходимость клинического обоснования алкогольного бреда ревности от других алкогольных психозов, в том числе от алкогольного параноида, не вызывает сомнений, поскольку вообще группа алкогольных психозов с бредом ревности в структуре клинически неоднородна [Лукомский И. И., 1970; Энтии Г. М., 1979, и др.]. Аналогично представляют себе вопросы соотношения алкогольного бреда ревности («типичная алкогольная паранойя») и других алкогольных психозов I. Rektor, O. Sahanek (1969), относя к последним алкогольный делирий, корсаковский психоз, «чистые галлюцинаторные синдромы», а также галлюцинаторно-параноидные синдромы — шизоформные или смешанные. Все психозы, полагают авторы, возникают на почве злоупотреблений алкоголем, при этом имеют значение abstинентные состояния. Можно упомянуть и исследования R. Bilz (1971), также признающего значение одних и тех же факторов (нарушение циркадианного ритма и др.) для клиники всех экзогенно-симптоматических алкогольных психозов как с бредом ревности, так и без него. Существенным в рассматриваемом плане является указание Г. В. Морозова, Н. Н. Иванца (1975) на возможность возникновения бредовых идей ревности в структу-

¹ «В группу алкогольной паранойи не входят острые алкогольные психозы» [Качаев А. К., Иванец Н. Н., Шумский Н. Г., 1983].

ре алкогольного делирия, а также галлюциоза и параноида.

K. Pohlisch еще в 1933 г. выделил экзогенный тип бреда ревности у алкоголиков с возникновением данного бреда в проморальной стадии делирия и исчезновением по окончании делирия и пьянства. Этот подход разделяет и K. Kolle (1959). Следует считать вполне закономерным появление в последние годы все большего числа работ, в которых бред ревности описывается при экзогенно-симптоматических алкогольных психозах. Тем самым все больше укрепляется основа разграничения психозов с бредом ревности при алкоголизме по четким клиническим критериям [Даниелян К. Г., 1963; Шнейдер В. Г., 1966; Опры Н. А., 1973; Морозов Г. В., Иваиц Н. Н., 1975; Качаев А. К., Иваиц Н. Н., Шумский Н. Г., 1983; Lemke R., Rennert H., 1960; Bilz R., 1971; Laux G., Reimer F., 1979, и др.].

Перейдем к описанию острых алкогольных параноидов с бредом ревности в структуре по данным 46 собственных клинических наблюдений. Сразу подчеркнем, что мы не ставили цели отметить и описать наиболее существенные различия между алкогольными параноидами и алкогольной паранойей, полагая, что они достаточно освещены в литературе.

В структуре алкогольного параноида мы наблюдали у больных исключительно образный, чувствиный бред. Все бредовые симптомы, бред любого содержания (преследования, отравления, ревности, колдовства и пр.) имели одинаковую психопатологическую значимость в рамках синдрома. Однако поведение больных в разное время суток (явление нарушений циркадиального ритма—E. И. Терентьев, 1982; R. Bilz, 1971) определялось выраженностью бреда того или иного содержания. Вечером и ночью были больше выражены идеи преследования, слуховые галлюцинации, иносившие устрашающий характер, нередко императивные, с отчетливо представленным «алкогольным» содержанием. У больных отмечались страх, двигательное возбуждение, резкая тревога, растерянность. Бред ревности в это время отступал на задний план. Больные как бы забывали о жене и связанных с ней переживаниях¹. Их поведение исчер-

¹ Для алкогольного бреда ревности (алкогольной паранойи), наоборот, очень типично усиление проявлений бреда ревности в вечернее и ночное время с резкой выраженностью садистско-мазохистского поведения.

пывалось опасениями за свою жизнь. Днем эти нарушения шли на убыль, начинали проявляться бредовые иден ревности. Больные вели себя спокойнее, чем ночью. Важно отметить, что они не искали доказательств измен, не занимались разоблачениями жены, содержание бреда ревности в значительной степени определялось галлюцинациями, внешние обстоятельства не получали бредовых интерпретаций. Все это вполне понятно, если учесть сущность образного бреда, не имеющего последовательной системы доказательств, обоснования, логики [Снежневский А. В., 1968].

Представляет интерес еще ряд различий между алкогольной паранойей и алкогольным параноидом, отмеченных нами. Указаний на них в доступной нам литературе, к сожалению, не встретилось. При алкогольном бреде ревности больные приводили для доказательства своих убеждений в неверности жены более или менее «логичные» доводы: «жена охладела», «пришла домой растрепанная», «подозрительные пятна на белье», «отказывается от полового акта» и т. п. Бред ревности у больных алкогольным параноидом характеризовался другим типом высказываний: «мужские голоса называют рогоносцем», «кругом люди переглядываются, в глаза хоочут, грозятся... страшно»; «жена связана с бандитами», «любовники жены спорят: убить — не убить» и т. п. По-разному выглядели нападения на жену и других лиц со стороны больных алкогольной паранойей и алкогольным параноидом. В первом случае они имели вид наказания, мести, истязания жены с элементами садизма и мазохизма; сложные мотивировки зачастую отражали более или менее тонкие нюансы эмоциональных реакций. При параноидах нападения происходили как бы по типу «короткого замыкания», импульсивно, без каких-либо аргументаций и мотивировок.

Типичным для клиники алкогольного параноида является следующий случай.

Больной Н. 36 лет. По профессии штукатур-маляр и каменщик. Находился в течение 45 дней в психиатрической больнице. Госпитализирован впервые.

Из анамнеза известно, что был вторым ребенком в семье служащих. Материальные условия в семье были удовлетворительные, рос здоровым, крепким, в дошкольном возрасте перенес какое-то «легочное заболевание». Разговаривать и ходить начал своевременно. В школу пошел 7 лет, учился хорошо, окончил 10 классов общеобразовательной школы и музыкальную школу по классу фортепиано. По характеру был жизнерадостным, покладистым, общительным, имел

много товарищей. Служба в армии проходила без осложнений, демобилизовался в положенный срок. После военной службы был некоторое время музыкальным работником, потом рабочим на строительстве. Сменил специальность для того, «чтобы больше зарабатывать». Женился в возрасте 32 лет. Первые годы жил с женой хорошо, дружно, проявлял чуткость, заботу о ней. В последнее время обстановка в семье из-за пьянства больного стала тяжелой. До службы в армии алкогольные напитки употреблял от случая к случаю, преимущественно по праздникам. После армии стал выпивать чаще, появились событывники, сделалось правилом «отмечать» каждую зарплату, стало тянуть к спиртному. Выпивал и без всякого повода или из-за «плохого настроения», обиды на кого-нибудь и т. п. Стал опохмеляться, пить в одиночку, иногда запоми по несколько дней, допускал прогулы на работе в связи с этим. Год назад обращался в психоневрологический диспансер из-за того, что ревновал жену, будучи пьяным, хотя в трезвом состоянии этого не наблюдалось. Лечился амбулаторно от алкоголизма, после лечения в течение полугода лет не пил, ревности в это время не возникало. В последние месяцы перед поступлением в больницу наблюдалась тяжелые алкогольные эксцессы. Больной стал плохо спать, а за несколько дней перед поступлением в больницу совсем перестал спать ночами, испытывал сильный страх, отмечал гипногогические галлюцинации: стояло закрыть глаза и задремать, как перед глазами появлялись разные «рожки», какие-то чудовища, звери с горящими глазами, крысы, змеи. Сыпал в вечернее и ночное время мужские голоса, грозящие убить, высказывающиеся цинично о его жене, называющие имена ее любовников. Стал считать, что ему угрожает смерть от рук сожителей жены, обвинял ее в неверности, в связях с бандитами, стыдил, грозил расправиться с ней. Жена рассказала также, что все это время больной был растерянным, боязливым, к чему-то прислушивался. Однажды, спасаясь от «преследователей», которые объявили, что идут его убивать, чуть не выпрыгнул из окна квартиры. Как-то видел нечетко «силуэт человека в лунном свете в дверях». Разбудил жену, вместе осматривали квартиру. Бред ревности эпизодически проявлялся и в дневное время, но при этом обвинения жены в неверности не были доминирующими, в основном высказывания сводились к тому, что жена вместе со своими любовниками замышляет что-то против больного. В связи с таким состоянием был госпитализирован в психиатрическую больницу.

Соматическая сфера: лабильность вазомоторных реакций, гипергидроз, гиперемия лица, шеи, верхней части груди; артериальное давление 145/95 рт. ст., тахикардия; ирреактивное увеличение печени, жестковатое дыхание. Неврологический статус: выраженный общий тремор, стойкий красный дермографизм, сухожильные и периостальные рефлексы нерезко повышенны, патологических рефлексов нет.

Психический статус. В момент поступления в больницу (поздним вечером) больной испытывал резкий страх, связанный с истинными слуховыми галлюцинациями и бредом преследования; считал, что его собираются убить бандиты — сожители жены, состоящей «в этой банде»; был растерян, крайне подозрителен, озирался по сторонам, к чему-то прислушивался. На вопросы, действительно ли ему изменяет жена, давал утвердительные ответы. В приемном покое сопровождавшей его жене кричал, что она привезла его в больницу, чтобы его уничтожили бандиты. Всючески оскорблял жену, пытался ее уда-рить.

В отделении было немедленно начато лечение по общепринятой

схеме (дезинтоксикация, витаминотерапия, нейролептики, оксигенотерапия, сердечные, общеукрепляющие средства). Уже на 10-е сутки бредовые идеи преследования и истинные слуховые галлюцинации исчезли, больной перестал высказывать и бред ревности. В течение 3 нед оставались устрашающие гипнагогические галлюцинации, кошмарные сновидения, в которых воспроизводились картины переживаний предыдущего периода. В это время отмечались и нерезкие колебания настроения, а в ночное время —rudименты страха (все это на фоне астенической симптоматики), затем состояние нормализовалось. Больному было проведено также противоалкогольное лечение, по окончании которого он был выписан домой.

В приведенном наблюдении выявленная психопатологическая симптоматика позволяет отнести данный психоз к экзогению-симптоматическим. Следует отметить, что бредовые идеи ревности не были ведущими в структуре психоза и на основной психопатологический синдром не влияли. Он вполне соответствовал представлениям о параноиде, являя собой «транзиторный паранондный синдром, выражающийся образным бредом преследования конкретного, близкого к реальному содержания, отдельными вербальными галлюцинациями, страхом, тревогой, растерянностью» [Снежневский А. В., 1968].

Чтобы не смешивать понятия «паранонд» и «паранойя», полезно вспомнить указание П. Б. Ганиушкина (1964): «В термин — острый паранонд — вкладывается, во-первых, понятие лишь о синдроме и, во-вторых, большей частью с содержанием бреда преследования; в термин же паранойя... вкладывается понятие о всей личности в целом». Мы полностью согласны и со следующим высказыванием: «Выделение форм психозов должно проводиться с учетом пути формирования психопатологической сущности симптоматики и ее структуры. Если следовать этим принципам, то оказывается, что алкогольный бред ревности может иметь разный генез и различную сущность. В то время как алкогольный паранонд развивается из абстинентного синдрома... или из резидуальных проявлений белогорячечного делирия или алкогольного галлюциноза, алкогольный бред ревности обычно имеет парононическую (а не паранондную) структуру и развивается вследствие компликации алкогольно-токсемических и психогенно-реактивных влияний» [Линвшиц С. М., Яворский В. А., 1975]. Столь же четко представляет себе группировку алкогольных психозов С. П. Позднякова (1978).

Кратко остановимся на особенностях судебно-психиатрических оценок при алкогольном бреде ревности. Наш

материал [Терентьев Е. И., Мурашковский Л. Л., 1982] свидетельствует о том, что особенно опасными больные данным психозом были на его первых стадиях (этап стиализации психоза). В это время эмоциональные проявления у больных, их яркость определялись «новизной» и остротой переживаний, особенно в случаях быстрого («по озарению») формирования паранойального бредового синдрома. Социальная опасность больных, готовность к агрессивным действиям еще более нарастали при попытках облегчить свои переживания употреблением алкогольных напитков, «заливать горе»; опьянение не успокаивало, напротив, переживания ревности усиливалось, полностью овладевали больными, доводили их до инициативства. В таком состоянии они совершали наиболее тяжкие противоправные действия (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, физическое истязание жены).

При медленном и постепенном формировании алкогольного бреда ревности переживания больных были как бы более «изолированными», менее эмоционально насыщеными. Для таких больных были типичны менее тяжелые противоправные действия, которые квалифицировались судебно-следственными органами как хулиганство, угроза убийства, насилие «менее тяжких» телесных повреждений, иногда с элементами истязания, уничтожение имущества и др.

В стадии очерченного алкогольного бреда ревности социальная опасность больных в значительной степени определялась садистско-мазохистским поведением, причем «допросы» в этих случаях редко заканчивались расправой над женой. Больные совершали стереотипное истязание жены, за что и привлекались к ответственности с последующим направлением на судебно-психиатрическую экспертизу. Психоз в форме алкогольного бреда ревности (алкогольной паранойи) с выраженной активностью опасного бредового поведения, сложной системой доказательств «измен» жены, обилием интерпретаций и отсутствием критического отношения к своему заболеванию, положению и реальной ситуации лишал больных способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Мы полагаем обоснованным не отнесение алкогольных параноидов к алкогольному бреду ревности и не изменение их названия («алкогольный параноид ревности»), а выделение двух различных групп алкогольных психо-

зов с бредом ревности. Первая группа должна включать один психоз — алкогольный бред ревности как таковой, т. е. общизвестный психоз, имеющий паанойяльную структуру ведущего синдрома — «алкогольную паанойю», подробное описание которого приведено в настоящей главе. Мы убеждены, что проблема алкогольного бреда ревности «замыкается» в основном именно на этом психозе, конечно, при условии правильного понимания его психопатологии и клинических закономерностей. Ко второй группе следует отнести все экзогенно-симптоматические алкогольные психозы с симптомом бреда ревности (если, конечно, согласиться с необходимостью их группировки по признаку бреда ревности в их структуре).

Глава 7

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРЕДА РЕВНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

При изучении особенностей (бреда ревности при шизофрении) мы исходили из того, что в психопатологической структуре этого психоза бреду ревности принадлежит чрезвычайно важное место [Снежневский А. В., 1960; Галенко В. Е., Кельминштейн Э. Г., 1963; Тиганов А. С., 1966; Цуцульковская М. А., Смулевич А. Б., 1967; Соколова В. В., 1969; Терентьев Е. И., Терентьева А. Я., 1975; Суховский А. А., 1977; Готвиг Е. А., 1983; Наджаров Р. А., 1985; Kolle K., 1957; Lemke R., Rennert H., 1960; Huber G., Gross G., 1977; Иванов Вл., 1981; Grzywa A., Chlewiński Z., 1984; Brice P., 1986; Bachrach L. L., Cohen C. I., Stastny P., Perlak K. D. et al., 1988; Lebowitz B. D., 1988; O'Connell R. O., Mayo I. A. 1988].

А. В. Снежневский (1960) говорит о динамогенезе этого вида бреда в структуре паанойдной шизофрении. Он указывает, что в инициальной стадии может наблюдаться бред ревности паанойяльного характера, который развивается постепенно, на фоне подавленного настроения с чувством безнадежности и разочарования, тяжелого неврастенического состояния или прекоящих истерических расстройств. В дальнейшем, пишет автор, происходит систематизация бреда прежнего паанойяльного содержания, сочетающегося с бредом физического воздействия и разнообразными явлениями психического автоматизма.

В данной главе мы использовали собственные клинические наблюдения над 130 больными шизофренией с проявлением бредовых идей ревности; 50 больных наблюдались на паанойяльном этапе болезни, 30 — на паанойдном этапе паанойдной шизофрении; у 10 больных отмечены депрессивно-паанойдные состояния в рамках шизоаффективных приступов шубообразной шизофрении. У остальных пациентов была диагностирована поздняя

шизофрения (бред ревности в структуре паанойяльного и пааноидного синдромов — 26 случаев) и сочетание шизофрении с алкоголизмом и пьянством (14 больных). Возраст обследованных от 32 до 67 лет, из них мужчин 102, женщин 28.

Бред ревности паанойяльной структуры

У больных этой группы не было выраженных негативных изменений. В эмоциональной сфере обнаруживались лишь некоторое снижение, отчуждение в отношении близких людей, подавленность настроения¹. Больные удерживались на работе, долго не обнаруживая снижения в профессиональном отношении. Бред ревности встречался как в «чистом виде», так и в сочетании с бредовыми идеями другого содержания: любовного (преимущественно у женщин), персекуторного, религиозного в различных модификациях (тоже в основном у женщин) и др. На возможность такого рода сочетаний указывают Т. П. Платонова (1967), R. Lemke, H. Repnert (1974). Бред ревности основывался на тех или иных «доказательствах» (процесс систематизации), как правило, неопределенных, в виде «поиска фабулы» [Хвиливицкий Т. Я., 1961], т. е. отличались выраженной субъективностью. Больные считали, что жена изменяет, ведет себя развратно, но часто не указывали на конкретных мужчин. Обвинения в изменениях звучали расплывчато, бред ревности мог напоминать по высказываниям бред отношения, содержал символические элементы («окружающие смотрят с презрением, чуть ли не показывают пальцем, знают, что мие изменяет жена», и т. п.). Конструкции бреда ревности имели характер намеков, «туманных метафор» [Кербиков О. В., 1968]. Переживания и высказывания, относящиеся к расширению системы бреда, его ретроспекции, отражали резонерско-аутистические тенденции мышления в связи с его нарушениями по шизофреническому типу.

Больной Ш. считал, что жена относится к нему холоднее и сдержаннее, чем раньше, потому что он сам стал холоднее относиться к ней из-за снижения потенции и «ее сильного волевого нажи-

¹ По мнению Р. А. Наджарова, А. С. Тиганова, Н. Ф. Шахматова и Вл. Иванова (1988), при паанойяльных синдромах шизофрении с ведущим бредом ревности может наблюдаться «аффективная реакция с отрицательным знаком».

ма»; но в то же время он указывал, что специально выбрал себе жену с сильным характером, так как сам «слабохарактерный».

Больной П. в качестве признака измен жены расценивал то, как жена при встрече с посторонними мужчинами наклоняет голову.

Больной К. «узинавал» об изменениях жены по прыщам на ее лице: есть прыщи — не изменяла, нет прыщиков — изменила.

Нередко в плане бреда ревности больным истолковывались жесты, мимика, телодвижения жены, те или иные действия, совершаемые ею, случайные бытовые эпизоды («жена разговаривает не с мальчиком, а с мужчиной, хотя в дверь позвонил мальчик», и т. п.).

Имеет, по-видимому, значение тот факт, что в результате нарушения мышления по типу его дезинтеграции [Гуревич М. О., 1949] с появлением неожиданных аутистических умозаключений больные начинали иначе, чем раньше, воспринимать смысл и характер супружеского союза с женой. У них исчезала цельность представлений о семье, многие понятия, связанные с семьей, искалились и извращались. Больные соответственно прогрессированию нарушенений мышления начинали «постигать», что буквально на глазах происходит «распад единства семьи». Корни этого они искали в минувших событиях или в собственных предсказаниях будущего¹.

У больного В. заболевание дебютировало постоянными размышлениями о семье, о неуловимых переменах в ее «атмосфере». Стал также думать о том, была ли девственницей жена, когда выходила за него замуж. «Вспомнил», что в первую брачную ночь «не было крови». Однако на этом основании не пришел к выводу о нецеломудренности жены, так как допускал, что она могла быть целомудренной, но имела «девственную плеву с большим отверстием». Допускал также, что разрыв девственной плевы не обязательно произошел при половом акте до замужества: жена в грудном возрасте могла нечаянно разорвать ее пальцами.

Больная М. думала о том, что муж должен обязательно ей изменять, поскольку «его страсть носит всеобщий характер» и не может ограничиться «направленностью на одну женщину».

Больные зачастую не указывали на конкретные обстоятельства «развратного поведения» жены, не стремились к оповещению об этом окружающих, т. е. их практические не занимали мотивы непосредственного сексуального соперничества, их переживания не имели выраженной сексуальной окраски, обнаженности и проявлений гиперсексуальности. Возможно, у больных шизофренией с бре-

¹ Приходится согласиться с тем, что бред ревности при шизофрении какой-то «второсигнальный», утопающий в резонерских рассуждениях [Дементьев А. П., Тимофеев Н. Н. и др., 1963].

дом ревности относительно редки сексуальные нарушения, в основе которых лежит повышение половой активности. В соответствии с этим высказывания бреда ревности при шизофрении у наших больных редко содержали сведения о конкретных обстоятельствах половой жизни ревиуемых жены или мужа с воображаемыми соперниками или соперницами. Больные обычно ограничивались «констатацией» измен и не прибегали к какой-либо детализации, уточнению числа измен и др. Если при алкоголизме бреде ревности большое место в переживаниях больных занимали фантазии яркого содержания, то при шизофрении такие фантазии обычно отсутствовали. Отсутствовали и садистско-мазохистские действия¹, проверки больными белья и половых органов в поисках признаков измен.

В предыдущей главе отмечалось, что при алкоголизме бреде ревности бредовые высказывания и бредовое поведение в определенной степени соответствуют друг другу. При шизофрении такого соответствия часто не наблюдается. Приходилось встречаться с двумя разновидностями подобной диссоциации. В одних случаях при более или менее скучном материале самих идей поведение больных было активным, направляясь на предотвращение измен жены и т. п. В других при богатом идеаторном материале бреда поведение было неактивным, установки на разоблачение жены и предотвращение измен были представлены нерезко и неадекватно. По-видимому, имели значение отмеченные выше особенности изменений эмоциональной сферы больных. Нередко эмоциональные реакции оставались виевые такими же, как и раньше, качественные изменения в их содержании наступали исподволь и не всегда были понятны даже членам семьи.

Социометрическая характеристика семьи в обычных условиях, как правило, постоянна и долговечна. Не случайно в литературе семья рассматривается как стабильная «малая группа»². При рассмотрении

¹ Н. П. Калнина (1976) также не отмечала у больных шизофренией с бредом ревности стремления добиваться признаний в изменах.

² При исследовании «малых групп» различают их внешнюю и внутреннюю структуры [Морено Л., 1958]. «Внешняя структура — это размещение, субординация членов той или иной группы соответственно их официальному положению и функциям. Внутренняя структура — это взаимоотношения членов группы в плоскости их притяжения и отталкивания, их симпатий и антипатий, уважения и неуважения, привязанности и отчуждения, предпочтения и неприязни» [Кербиков О. В., 1971]. О значении социологической концепции в психиатрии говорит Ch. Bialas (1988).

социометрических: тенденций семьи применительно к изучаемой нами проблеме можно отметить следующее. В случае заболевания главы семьи шизофренией социометрическая ситуация изменяется. Сначала у мужа, по-видимому, возникает безразличие к жене при более или менее сохранных чувствах к детям. Потом безразличие к супруге сменяется отрицательным и к ней отношением и, наряду с этим, появляется безразличие к детям. Такая последовательность наиболее закономерна [Нуртап А., 1978]. В дальнейшем изменяется и отношение членов семьи к больному в плане более или менее выраженного снижения симпатии, привязанностей, что объясняется так называемым эмоциональным голодом, иными словами — эмоциональной депривацией.

Изменения семейного «эмоционального климата» могут вносить в социометрическую структуру семьи весьма существенные поправки. Так, по отношению к бреду ревности указанные изменения в наших наблюдениях выступали как фон, на котором легко и довольно часто развивались подозрительность, недоверие (патопластическое влияние). Однако наряду с этим влияние эмоциональных сдвигов на переживания бреда ревности проявлялось в отсутствии у больных остроты этих переживаний, несоответствии эмоциональных реакций бредовым построениям и высказываниям, в отмеченном выше равнодушии больных к непосредственному половому соперничеству (при бреде ревности у женщин, больных шизофренией, сексуальные компоненты переживаний, как показано ниже, могут быть иными).

О проявлениях паранойального бреда ревности при шизофрении может дать представление следующий случай.

Больной К., 46 лет. Находился в течение 1,5 мес. в психиатрической больнице. Поводом для госпитализации явилась длительная и упорная ревность к жене. Госпитализация первая. Родился в семье рабочего третьим ребенком, рос слабым, часто болел (корь, паротит, воспаление легких, дисентерия и др.), но развивался нормально, ходить и говорить начал в срок. В школу пошел 8 лет, учился хорошо, но по семейным обстоятельствам окончил всего 7 классов. Среди родственников психических заболеваний не было, но мать была «нервная», а отец много пил. Больной был с детства по характеру тихим, несколько замкнутым, имел мало товарищей, избегал участия в шумных играх, любил мечтать, много читал, предпочитая приключенческую литературу. После окончания семилетки поступил на курсы автамехаников, окончил их и устроился работать по специальности, которую не менял до момента поступления в больницу. Служил в армии механиком на военном аэродроме. Всегда считался хорошим, грамотным работником, хотя несколько медлительным. Взрослым ничем, кроме простудных заболеваний, не болел. Женился в 30 лет. Имеет двух детей. Жена и дети здоровы.

Жена, которая знает больного в течение 20 лет, рассказывает, что до женитьбы и затем в течение нескольких лет К. был обычным, спокойным человеком, алкогольных напитков не употреблял. Всегда

был немного ревнивым, но ввязан с ревностью не скандалы, жену не обижал, иногда только упрекал в склонности, недостаточном внимании и недостаточной любви к нему. Однако разумждения жены действовали безотказно, ревность быстро прекращалась. Слишком активным в половом отношении больной никогда не был. Жену очень любил, был к ней внимателен, предупредителен, любил детей, дорожил семейным покоем, все делал для семьи, был хозяйственным.

Более 10 лет назад жена начала замечать, что муж стал временами как будто чего-то бояться, реже выходить из дома. Так продолжалось несколько месяцев. Он не мог объяснить причины страхов, их содержания, когда жена спрашивала «о» в этом. Жаловался на головную боль, плохо спал, становился задумчивым, шевелился; меньше уделял внимания домашним делам, но на работе исправно исполнял свои обязанности. Через 3 года стал говорить об изменениях жены, утверждать, что она сожительствует с несколькими мужчинами, в том числе с его сослуживцами по работе. Постепенно ревность стала постоянной. Иногда больной заявлял, будто жена его отравила, заразила венеринской болезнью, ходил проверяться в венерико-дерматолог. Говорил, что жена вместо работы ходит к другим мужчинам, особенно когда работает в ночную смену. Конкретных мужчин я разу не называл. Высказывания ревнивого характера сводились к упрекам и обвинениям, больной никогда не замыгивал признания у жены, не расспрашивал о ее поведении окружающие, не дразнял. Временами проявлялось «детективное» поведение (следил за женой). Иногда высказывания бреда ревности ослаблялись, а затем вдруг без всякого логова резко обострялись. Жена замечала, что муж становился все более пасынчен и хмурым, все больше утрачивал интерес к семейным делам, любовь и привязанность к ней и детям. Там не менее вынужден до госпитализации он продолжал работать, удовлетворительно справляясь с обязанностями механика. Стал чаще выпивать, чтобы «заслить горе».

При поступлении в больницу и во время пребывания в той патологии «внутренних органов» не выявлено. Расстройства в половой сфере не отмечено. Очаговой и другой патологии центральной и периферической нервной системы не обнаружено.

— Психический статус. Большой несколько вял, эмоционально снижен, малоактивен, по своей инициативе в беседу с врачами, медперсоналом, соседями по палате не вступает. Об изменениях жены говорит довольно равнодушно, иногда улыбается при этом. Мотивировки, доказательства, обоснования ревности звучат несколько заумно. Например, усматривает признаки измен жены в направлении ее взгляда, том или ином порядке слов в ее речи в присутствии других мужчин, характере жестов. Рассказывает, что жена развратно ведет себя, потеряя стыд, предав интересы семьи, семейный покой. Для разоблачения жены как «женщины легкого поведения» ходил с ней на рынок, в большие магазины, в другие места скопления людей, чтобы что-нибудь узнать ее как развратницу и дал знать об этом. Нарушений интеллекта и памяти не обнаружено. В мышлениях отмечены нерезкие нарушения по шизофреническому типу в виде символических включений, паралогических элементов, соскальзывания и др.

В первые недели пребывания в больнице активно высказывал бредовые идеи ревности, проявляя упорство и известную изобретательность в приведении доводов. К жене относился негативно, семейными делами не интересовался, был полностью погружен в ревнивые переживания. Затем эти переживания стали терять актуальность для больного. В результате лечения больной стал лучше относиться к жене,

не высказывал ревнивых обвинений в ее адрес, вообще стал спокойнее, интересовался выпиской, говорил, что больше не будет ревновать жену, «да и она изменит свое поведение». Можно было констатировать дезактуализацию бреда под влиянием лечения («аффективан блокада») и госпитализации. Выписан домой на поддерживающем лечении.

Таким образом, в приведенном наблюдении речь идет о систематизированном бреде ревности у больного параноидной шизофренией, возникшем на паранойальном этапе болезни. Он был стойким, «основывался» на своеобразных доказательствах с заумно-вычурными формулами. «Одноплаивость» переживаний (в меньшей степени высказываний) и поведения была менее выраженной, чем при других психозах с бредом ревности (алкогольный бред ревности и др.).

Принято считать, что паранойальные синдромы при шизофрении (в частности с ведущей тематикой ревности в структуре) наблюдаются в случае благоприятного течения болезни. Однако по мере развития заболевания нередко удается отметить как бы все большую оторванность бредовых идей от реальной обстановки по типу интеграции содержания бреда с внешними обстоятельствами [Maye-Gross W., 1950], приобретение ими все более гротескных форм [Тиганов А. С., 1966], инвертирование дифференцированных, относительно тонких эмоциональных проявлений, характерных для ранних стадий болезни.

Вопрос о том, насколько благоприятны случаи шизофрении, симптоматика которых на начальных стадиях исчерпывается бредом ревности, следует, по-видимому, признать спорным. Не случайно А. Я. Левинсон (1961) утверждает, что параноидная шизофрения, начинаясь «с психоза с изолированным бредом ревности», прогностически неблагоприятна. О довольно быстром приобретении процессом параноидного характера при паранойальном бреде ревности в дебютах шизофрении пишут О. Ф. Каневская и соавт. (1958) и др.

На поздних стадиях болезни мы наблюдали присоединение к бреду ревностиrudиментов других бредовых идей (эротических, отравления, колдовства, порчи, отношений, сутяжно-кверулянтских). Удавалось отметить разнохарактерность такого рода «синдропий» в зависимости от пола больных. Так, у женщин это были сочетающиеся с бредом ревностиrudименты эротического бреда, бред отношения по типу сенситивного (E. Kretschmer). Эротические компоненты проявлялись стараниями привлечь к себе внимание мужа, побудить его к большей половой

активности, вызвать у него чувство «соперничества», иногда ценой сожительства с другими мужчинами без скрытия этого от мужа. Проявлений бреда сужинчества, «эпистолярной деятельности» у женщин не наблюдалось. У мужчин не отмечалось эротических бредовых включений, зато относительно частыми были обвинения жены в колдовстве, присоединение к бреду ревности идей сужинчества.

Клинические особенности паранойального бреда ревности при шизофрении у женщин в отличие от его проявлений у мужчин довольно многообразны (см. главу 3). Они недостаточно освещены в литературе. Мы в своих наблюдениях обращали внимание на то, что бред ревности у женщин меньше, чем у мужчин, подвергался интерпретативной переработке. Он не представлял собой стройной и сложной системы, в которой ревнивые притязания к мужу «обосновывались» бы какими-либо фактами, доказательствами, не имел признаков ретроспекции, менее вербализован, чем у мужчин. Отсюда следует меньшая разработанность бреда ревности в деталях, за счет чего больные были менее обстоятельными в своих высказываниях об имеющихся у них переживаниях. Бредовая трактовка фактов приближалась к «короткому замыканию», она была лишена каких-либо допущений, предположений, индуктивно-дедуктивных элементов, расчетов и др. Часто такие интерпретации основывались на семейно-бытовых мотивах.

Больная В. вывела в результате своих рассуждений такое умозаключение. Ее муж имел хороший аппетит и когда ездил на рыбалку, то обычно брал с собой много еды. Однако, если собирался наспех, то продукты не успевал взять. Больная решила, что тогда, когда он берет с собой продукты, он едет с любовницей, а когда не берет — едет один.

Нередко высказывания больных (как и у больной В.) определялись софистическими построениями, паралогичностью. Так, больная Ш., исходя из умозрительных посылок, стала говорить (через 5 лет после возникновения у нее бредового состояния), что у мужа есть женщина, сначала бывшая беременной от него, а потом родившая ребенка; муж, полагала она, с этой женщиной сойдется и они уедут жить в Подмосковье, где у мужа строится дача. Мотив беременности другой женщины от мужа встречается при паранойальном бреде ревности у больных шизофренией женщин довольно часто и всегда имеет умозрительно-софистические звучание: речь идет о женщинах, целиком воображаемых больными, никогда ими не виденных.

Часто встречается и сюжетная линия морального ниспровержения мужа, но не как «разврата», а как хитрого человека, пытающегося скрыть свои грехи. На-

пример, одна больная обвинила мужа в связях с многими женщинами и считала, что он прибегает к этому, чтобы «замаскировать» связь с «основной любовницей». Вообще половая близость мужа с другими женщинами — одна из основных линий бредовой системы, отражающая некоторую ущербность больных. В связи с этим они требуют нередко от мужа частой половой близости как доказательства «невиновности», «не растряченной на других женщин половой силы». Однако многие больные часто считают, что муж может «маскировать» половое влечение к ним, чтобы «сохранить себя для других женщин».

Больная И. постоянно говорила, что муж сожительствует с другими женщинами, а она обижена им, так как не удовлетворена полностью. Все время стремилась привлечь к себе мужа, заставить с максимальной активностью жить с ней половой жизнью. Стремится добиться этого любой ценой, даже путем пробуждения у него чувства соперничества. С этой целью жила половой жизнью с другим мужчиной, а потом рассказывала об этом мужу.

Упомянутые выше сенситивные идеи отношения характеризовались высказываниями, тематически тесно связанными с бредом ревности. Например, больные считали, что любовницы мужа узнают их на улицах города, указывают на них пальцами и смеются, поэтому больные помногу дней не выходят из дома. Однако бред ревности при шизофрении у женщины был менее кататическим, чем у мужчины, в связи с чем, очевидно, нам не приходилось наблюдать у них резкой аффективной напряженности в переживании бреда, визуализации представлений, достигающей степени иллюзий и галлюцинаций воображения.

Об особенностях паранойяльного бреда ревности при шизофрении у женщины дает представление следующий пример.

Больная Л., 54 лет. Родила и развивалась нормально. Наследственность не отягощена. В школу пошла своевременно, училась успешно, закончила 7 классов и педагогическое училище. Много лет работала учителем, директором школы. По характеру всегда была общительной, энергичной, легко сходилась с людьми. В возрасте 27 лет вышла замуж, имеет троих детей. Семейная жизнь сложилась удачно, муж относился к больной тепло и заботливо, семья не испытывала материальных затруднений. Последние несколько лет больную стали беспокоить боли в области сердца. Наблюдалась амбулаторно у терапевта, лечилась в терапевтических отделениях по поводу атеросклеротического кардиосклероза, коронарной недостаточности.

Впервые сомнения в супружеской верности мужа появились у больной 12 лет назад. За несколько месяцев до этого соседки «намекали», что муж изменяет ей, но она не поверила наговорам, расценила это как сплетни, тем более что отец мужа уверял больную, что в их

семье «мужья никогда не изменяли женам». Со слов мужа, поводом для возникновения стойкой ревности послужил его юбилей (50-летие), который отмечался в торжественной обстановке. Больная обратила внимание на одну из подчиненных мужа, которая была к нему «особенно внимательной», произнесла очень трогательную и теплую речь, «вертесь» возле него. Сама больная рассказала, что когда присутствовавшие на торжественном обеде сотрудники и друзья мужа запели песню о любви, муж не выдержал и «заревел навзрыд», чем, по ее мнению, и выдал себя. Он долго не мог успокоиться, а «соперница» бывшей не отходила от него ни на шаг, потом поднесла ему к лицу ветку сирени. С тех пор больная потеряла покой. Обратила внимание на то, что муж стал по отношению к ней более сдержаным, менее внимательным и заботливым, чем раньше. Начал позднее, чем следовало бы, приходить с работы. Ему уже не сиделось дома, старался под любым предлогом куда-нибудь уйти. Больная часто отпрашивалась с работы и приходила на службу к мужу, стремясь без предупреждения проникнуть в его рабочий кабинет, будто бы часто заставала мужа (он это отрицает) наедине с любовницей, когда они «чуть ли не прижимались друг к другу». Потом увидала, что муж повысил «любовницу» в должности. Расценила это повышение как желание мужа чаще встречаться с «любовницей», а вместе ездить в командировки. Летом несколько раз встречала «соперницу» в плаще и «догадалась», что та беременна, но пытается скрыть это от окружающих. Устраивала мужу скандалы, упрекала в изменах (не в разводе!), со слезами просила остановиться, чтобы не разрушать семью.

Больная была крайне стенична в плане бреда: по ее наставлению семья несколько раз меняла место жительства; сама она оставила преподавательскую работу и устроилась воспитателем в детский сад, чтобы иметь возможность больше находиться дома и проверять мужа на работе. Все это время чувствовала себя плохо, страдала бессонницей, просыпалась во ночи от кошмарных сновидений, часто плакала. Настроение все эти годы было подавленное, боялась оставаться одна с детьми дома, так как это усиливало опасение быть покинутой мужем. После переездов с квартиры на квартиру продолжала встречать на улицах города «любовницу» мужа, но уже с ребенком. Чтобы «окончательно избавить мужа от любовницы», настояла на переезде в Сибирь (из Саратова). Здесь уже эту женщину не встречала, но зато акоре стала замечать возле своего дома ее сестру с ребенком от внебрачной связи мужа. Решила, что «любовница» подослала ее вместо себя. Обратила внимание на пропажу продуктов из холодильника. По утрам в подъезде часто сталкивалась с мужчиной небольшого роста, иногда, спускаясь или поднимаясь по лестнице, слышала, как хлопала дверь его квартиры. Поняла, что незнакомец является аладельцем квартиры, а которой живет сестра «любовницы», для которой онносит продукты с согласия ее мужа. Начала учитьвать продукты, по нескольку раз в день пересчитывала деньги. Как-то обратила внимание на неприятные запахи от пищи, предметов туалета и др. Пахло дустом, хлорофосом, эфиром, «природным газом». Решила, что муж «перешел к травле», чтобы избавиться от нее, «развязать себе руки». Самочувствие ухудшилось, стала испытывать сонливость, вялость, по утрам с трудом поднималась с постели. После еды у нее стала появляться пелена перед глазами, а ее было «как в тумане», было трудно думать, соображать. Однажды утром увидела возле своей постели мужа с пипеткой и пузырьком в руках (он хотел попросить закапать в глаза какое-то лекарство). Стalo ясно, что муж не только подсыпает отраву в пищу, но и сонной закапывает ей яд в нос. В связи с неправильным поведе-

янем я по настоянию родственников больная была направлена в психиатрическую больницу.

В больницу принесла с собой баночку с мочой, настойчива просила отправить содержимое на биохимическое исследование, чтобы узять, какими ядами травит ее муж. Больной себя же считает, поступление в больницу объясняла «расстроенным язвами». Утверждала, что муж помогал и сейчас помогает «любоанице» и ее ребенку материально, и что только поэтому она раньше времени оставила работу, получает 37 рублей за выслугу лет, чтобы «любоанице» мужа доставалось меньше. Была тревожной, подозрительной, отказывалась от приема лекарств. Заявляла, что в больницу проникли «люди мужа» и теперь ей предстоит смерть. Просила отпустить ее домой проститься с детьми.

Соматическое состояние я.е. Правильного телосложения, достаточного питания. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент II тона на аорте. Неврологический статус — патологии не выявлено.

Психический статус. Больная формалья, малодоступя, склоняя к некоторой диссимиляции своего состояния. Считает себя психически здоровой, госпитализацию связывает с «расстроенным нервами и физическим недомоганием». Отказываясь подробно беседовать об обстоятельствах семейной жизни, говорит, что ей не хочется ворошить прошлое и еще больше расстраиваться, тем более что она «помнитась с мужем, хотя и не собирается его прощать». Интересуется, почему собеседник (врач) вдается в подробности, откуда ему известны детали ее прошлой жизни (она об этом не говорила). Недоверчива, просит объяснить действие лекарств, язвищенных ей. Говорит, что отношения мужа с «любовницей» ее в настоящее время не интересуют, в значительно большей мере она обеспокоена своим физическим здоровьем, которое «попалось от действия порошка и таблеток». Полагает, что должна лечиться в терапевтическом отделении. Под влиянием лечения (нейролептики) больная через месяц после поступления перестала быть подозрительной, напряженной и недоступной, начала более охотно рассказывать в санитарных делах и взаимоотношениях с мужем, стала лучше относиться к нему, когда он приходил ее навещать. Перестала по своей инициативе затевать разговор с врачом, персоналом, с мужем о «подозрительных обстоятельствах» ее помещения в больницу. Через 1,5 мес после начала лечения бредовые идеи реалисти утратили актуальность, больная перестала их активно высказывать. Насчет сестры «любоаницы» с ребенком, в частности, сказала, что это была ее ошибка в результате сильных волнений. При попытках поговорить более детально о ее ревности стремилась уйти от разговора, при настойчивом расспрашивании формально говорила, что «тоже ошибалась». Поведение затем вплоть до выписки (пробыла в больнице около 70 дней) спокойное, правильное. Выписана при условии поддерживающего лечения нейролептиками под наблюдением в психоневрологическом диспансере.

В данном случае заболевание развилось у довольно синтетической личности с чертами паранойяльности. Длительное время (более 10 лет) паранойяльный бредовый синдром характеризовался монотематическими проявлениями бреда ревности, ведущими сюжетными линиями которого были матrimониальные притязания. Обвинения мужа в разврате отсутствовали. Особенно долго и упорно

разрабатывалась тема беременности «любовницы» мужа, забеременевшей от него и родившей ребенка. Представляет интерес как бы умосозерцательное отношение больной к этим переживаниям: она не высаживала свою «соперницу», не пыталась с ней встретиться, объясняться, уточнить, она ли встретилась на улице или это была другая женщина, ошибочно принятая за нее. Больная пассивно «нанизывала» один на другой все новые и новые бредовые сюжеты. Возникшие в последние годы персекуторные мотивы характеризовались аналогичными проявлениями.

Значение психопатологических особенностей бреда ревности для разграничения шизофрении и алкогольной паранойи. Трудности при распознавании шизофрении общеизвестны. Как полагает M. Bleuler (1979), само определение болезни не является достаточно точным. Аналогичного мнения придерживаются R. Schwarz (1980) и многие другие клиницисты. Особенно остро эти трудности ощущаются при необходимости разграничения шизофрении и других психозов со сходной симптоматикой. Так, бред ревности при паранояльных синдромах шизофрении (у мужчин) может иметь сходство с этим бредом при алкогольной паранойе, и в тех случаях, когда есть указания на употребление больными шизофренией алкогольных напитков, возникают дифференциальнопроянностические затруднения. В связи с этим мы предлагаем учитывать следующие моменты в клинической картине болезни, которые могут служить своеобразными критериями при дифференциальной диагностике.

1. При распознавании алкогольного бреда ревности необходимо устанавливать этиологическую связь этого психоза с хроническим алкоголизмом, выявлять признаки алкогольной деградации личности. При шизофрении имеют значение нерезко выраженные признаки расщепления психики (снижение энергетического потенциала, нарушения мышления, эмоциональная бедность, элементы парадоксальности в поведении и др.). Больные алкогольным бредом ревности изменены в личностном отношении более грубо, чем больные с паранояльными состояниями в рамках шизофрении, которые дольше остаются более «тонкими» духовно, более сохранными. Алкоголики быстрее приходят в противоречие с общественной моралью, общественными установлениями, правилами общежития, семьи, производством, т. е. проявления алкогольной деградации представляют собой совокупность признаков социальной деградации и дезадаптации. У больных шизофренией наблюдаются изменения в первую очередь психического состояния и значительно позднее — антисоциальные проявления.

2. При алкогольном бреде ревности в высказываниях больных находят отражение те или иные обстоятельства, которые в их представлении реальны и конкретны. В бреде обязательно фигурируют

конкретные лица — «любовинки» жены. Трактовки, интерпретации различных ситуаций ограничены рамками своеобразной логики («кризис логика»), идеи имеют «малый размах», «малые масштабы». При шизофрении указания на факты немногочисленны или совсем отсутствуют, высказывания представлены умозрительными рассуждениями, зачастую не связанны в патологическом отношении с какими-либо реальными событиями. «Логика» бредовых построений грубо извращенная, гротескная, вычурная, отражает расстройства мышления, типичные для шизофрении (резонерство, нечеткость и расплывчатость формулировок и т. п.). Конкретные лица в таких построениях в качестве любовинков (любовниц) фигурируют редко. Масштабы бредовых притязаний больных шизофренией отражают тенденции гиперболизации, абстрактной символики [Ануфриев А. К., 1974].

3. Развитие бредовой системы при шизофрении более быстрое, чем при алкогольной паранойе.

4. При алкогольном бреде ревности прекращение злоупотребления алкогольными напитками ведет к существенному улучшению состояния больных. При шизофрении некоторое снижение актуальности и остроты проявлений бреда ревности достигается только в результате лечения нейролептиками (амиглизин, галоперидол и др.). Отмеченный нами (см. главу 9) эффект госпитализации больных с паранойальным бредом ревности более действен при алкогольном бреде ревности в связи с тем, что при этом сказывается также прекращение пьянства.

5. «Бредовое поведение» при алкогольном бреде ревности активно и многообразно. Оно включает такие действия, как разоблачение жены, расспросы о ее поведении окружающих, «детективные», «защитные» действия. У больных отмечаются гиперсексуальность или снижение половых функций, садистско-мазохистское поведение. При шизофрении «поведение монотонное, нет отчетливого соответствия бредовых высказываний и «бредового поведения». Часто больные недостаточно активны в сексуальном отношении, садистско-мазохистского поведения не наблюдается (за исключением случаев сочетания шизофрении с алкоголизмом, а также случаев конституционально высокого уровня половых потребностей). Отмечаемые у некоторых больных «детективные» действия несут вычурный характер.

6. При шизофрении удается отметить значительно более выраженные, чем при алкогольной паранойе, обстоятельность мышления, его детализацию, более четко представленную «интеллектуализацию» бредовой системы. Это проявляется и в высказываниях, и в дневниковых записях, которые чаще ведут больные шизофренией, чем больные алкогольным бредом ревности. Однако осмотры тела жены, другие «детективные» действия чаще встречаются при алкогольном бреде ревности.

7. Больные шизофренией госпитализируются на более длительные сроки, чем больные алкогольным бредом ревности.

8. У больных шизофренией ревность (нормальная и патологическая) в родословной и у них самих в преморбидном периоде отмечается чаще, чем у больных с алкогольным бредом ревности.

9. При шизофрении с определенным постоянством наблюдаются спонтанные экзацербации процесса с усиленiem выраженности и актуальности бреда ревности, со снижением эффективности лечения. При алкогольной паранойе спонтанных ухудшений не бывает, они всегда связаны с рецидивами алкоголизма, с выраженным алкогольным эксцессами.

10. Больные шизофренией с бредом ревности часто являются ини-

циаторами развода. При алкогольном бреде ревности это почти исключено.

11. При шизофрении в случаях повторных браков больных бред ревности может возникать как в первом, так и в повторных браках. При алкогольной паранойе это наблюдается реже.

12. В преморбиде у больных шизофренией отмечаются замкнутость, ригидность, ранненность, обидчивость. Они хорошо учатся в школе; других учебных заведениях, успешно служат в армии. У больных с алкогольным бредом ревности чаще встречаются в преморбиде «общепсихиатрические» черты: плохая учеба и дисциплине в школе, нарушения дисциплины в армии, ранняя и беспорядочная половая жизнь, конфликтность, неуживчивость и пр.

13. В плане рассматриваемых различий существенно признанне больными шизофренией того, что в брак они вступили по любви; это подчеркивается и их женами, родственниками. Больные с алкогольным бредом ревности в связи с ретроспекцией бреда считают, что вступление в брак с женой «было ошибкой».

14. При алкогольном бреде ревности кровосмесительная тематика и сюжетная линия «приписанного потомства» («дети не мои») звучат в переживаниях чаще, чем при шизофрении.

15. В далеко зашедших случаях алкогольного бреда ревности наблюдаются обеднение психопатологической симптоматики, все большая выраженность сюжетов «малого размаха», снижение активности «бредового поведения». Для случаев шизофрении характерны «расплывающие» паранойяльного синдрома, обраствине бредовых сюжетов символическими и персекуторными элементами, появление переживаний в плане ядей воздействия и т. д.

16. Поиски больными при алкогольном бреде ревности признаков измен женщины выглядят как попытка констатировать следы прелюбодеяний — беспорядок в прическе, необычное состояние половых органов, отказ от полового акта, половая холодность женщины, ее опоздания с работы и т. п. У больных шизофренией указания на такие признаки либо отсутствуют, либо выглядят как нечто аморфное, беспредметное.

17. Часто наблюдающиеся у больных алкогольной паранойей различные сексуальные расстройства при шизофрении встречаются редко и не в таких полиморфных сочетаниях.

Бред ревности в структуре параноидных синдромов

Общепринято, что длительное «спокойное» течение паранойяльного синдрома бреда ревности при шизофрении может обостряться в плане экзацербации с сохранением паранойяльной структуры синдрома («транзиторные обострения» — Р. А. Наджаров, 1985). В наших наблюдениях эти обострения под влиянием своевременно проведенной терапии проходили, и болезнь возвращалась в свое прежнее русло. О преобразовании паранойяльного синдрома в параноидный свидетельствовали психические нарушения более высокого — параноидного регистра.

Как известно, в процессе саморазвития бредовых синдромов, синдромогенеза [Снежневский А. В., 1960; Magnap V., 1893] паранойяль-

ные синдромы бреда трансформируются в паанонидные. Согласно нашим наблюдениям, данная трансформация проявлялась в том, что к бреду ревности присоединялись идент персекуторного содержания, носящие символический характер, причем развитие могло идти в двух направлениях: 1) бурное проявление бредовых идей преследования, отношения с преломлением их мотивов в бредовых идеях воздействия; при этом бред ревности оставляет в структуре синдрома (паанонидного, Кандинского—Клерамбо) лишь рудиментарные проявления; 2) резкое усиление (наряду с усилением указанных персекуторных идей) бредовых идей ревности, которые переплетаются с другим бредом, включаются в бред воздействия и в какой-то мере определяют его содержание своей фабулой.

В соответствии с этим в бредовых-переживаниях и высказываниях отражались не просто изменения жены (как при паанойальном бреде ревности), а создание вокруг больного определенной «загадочной» обстановки, когда он на каждом шагу сталкивался с непонятными, устрашающе-таинственными ситуациями. Появлялись бредовые идент инициенровки, нарастали нарушения мышления в виде ментизма, «шперунгов», сенестопатические явления, причем все это переживалось больным в плане идей воздействия и связывалось ими с деятельностью любовников жены и самой жены. Значительно чаще встречались идент порчи, колдовства, отравления, включавшиеся в проявления психических автоматизмов.

Первый из указанных выше вариантов трансформации паанойального синдрома в паанонидный более характерен для мужчин, второй — для женщин.

Так, больной К., в течение 8 лет—проявлявший выраженные признаки инициальной стадии процесса, стал обнаруживать выраженные странности в поведении: не выходил из дома (ходил только на работу в сопровождении жены), был тревожным, боязливым. Совсем перестал спать, ходил от одного окна к другому, к чему-то прислушивался. Иногда обвинял жену в изменах, но это проявлялось эпизодически, хотя как никогда бурно. Сообщал жене, что окружающие в их доме и на работе над ним почему-то смеются, в чем-то подозревают. Какой-то мужчина у него на работе прятал от него лицо. Больной узнал адрес этого мужчины, ходил выслеживать его по месту жительства, причем цель этого была самому не ясна.

Госпитализирован. В отделении у него обнаружили резкое аффективное напряжение, страх, растерянность, он считал себя объектом слежки. Думал, что врач подменил одного больного другим, сделав это специально, усматривает в этом какую-то инстификацию, инициенровку с целью запугать его. Говорил, что вообще все вокруг подстроено, во всем существует скрытый смысл. В дальнейшем у больного развился типичный паанонидный синдром, в структуре которого были рудиментарный бред ревности.

Бред ревности паанонидного этапа шизофрении является одной из самых сложных в психопатологическом

отношении его разновидностей. В нем отражаются все статические и динамические особенности, присущие шизофреническому процессу при этой форме. В частности, бредовые идеи отличаются сложностью построения, вычурностью и нелепостью содержания, отсутствием связи с реальной обстановкой. Не случайно В. А. Гиляровский (1954) указывает на тенденцию бреда при параноидном синдроме складываться в систему, в которой, однако, отсутствует единство, бредовые идеи становятся противоречивыми и нелепыми¹. Мы также обратили внимание на некоторую неопределенность и «заумье» формулировок бреда ревности при параноидной шизофрении.

Больная А. утверждала, что мужа у нее давно нет, «а это — просто молодой человек, помогающий воспитывать детей» (о муже).

Больной П. решил, что он может освободиться от воздействия на половые органы (которое он ощущал, как он говорил, в то время, когда его жена находилась в половой близости с другим мужчиной) лишь при условии половой жизни с другими женщинами.

Больная Н. считала, что муж решил в сговоре с любовницей ее отравить. Видела скрученную проволочку, брошенную возле ее кровати, и поняла, что «муж хочет затянуть ее в петлю». Ощущала, как муж при участии любовницы «шурупами и проволокой перевинивает мысли» путем воздействия на расстоянии. Иногда ее «выталкивало», словно воздухом, из дома, а муж с любовницей потом «занимались половыми актами».

Некоторые женщины, больные параноидной шизофренией с бредом ревности, говорили о своих детях, что это не их дети, т. е. происходила как бы своеобразная дезактуализация родительского чувства.

Бред ревности у обследованных нами больных параноидной шизофренией входил в синдром Канднисского—Клерамбо, сочетался с псевдогаллюцинациями, сенестопатиями, включался в структурном отношении в психические автоматизмы (идеаторные и висцеральные). Бредовые идеи ревности часто сочетались также с бредом колдовства, религиозным бредом (в плане определенного сродства, синтрапии — Е. К. Краснушкин, 1960). Больные высказывали бред ревности без указания на конкретных любовников или любовниц.

Масштабы бреда были «большими», охватывали целый круг людей, явлений. Ситуации, переживаемые в бреде, характеризовались сложностью, касались одно-

¹ На необычность шизофренических обобщений, их «своеобразие» обращают внимание А. А. Перельман (1957), Ю. Ф. Поляков (1971), Б. В. Зейгарник (1986), R. Raupke, R. Matussek, H. George (1959).

временно большого числа ощущений, влияний, воздействий. В некоторых случаях бред ревности в структуре первых приступов параноидного синдрома не наблюдался, а возникал во время повторных. Его возникновение переживалось больными как своего рода озарение, «катаресис». Высказывания в этот период были непонятными для окружающих, непоследовательными (рудименты разорванности мышления, «скользящие»), странными по звучанию, «абстрактно-символическими» [Кербижков Ф. В., 1968]. Однако, несмотря на оторванность фабулы и ведущих сюжетных линий от реальности, в бред ревности постоянно включались одни и те же персонажи, причем в ряде повторных приступов (экзациербаций), иногда на протяжении нескольких лет.

Типичен следующий случай.

Больная Х., 49 лет. Наблюдалась на имя в течение 7 лет. Родилась в городе, в семье служащего. Кроме нее, у отца и матери было еще двое более старших детей. Они здоровы. Родители престарелые, страдают разными хроническими соматическими болезнями. Наша больная в детстве росла и развивалась нормально, болела детскими заболеваниями в метяжелой форме. В школу пошла своевременно, училась неплохо, окончила 7 классов, потом педагогическое училище. По характеру всю жизнь была задумчивой, яедостаточно активной. Замужем с 22 лет. Имеют с мужем двух взрослых детей. Муж пьяница и скандалист, в семье постоянные конфликты на этой почве. В пьяном виде он «бунтует, поддается под членов».

Х. заболела за 4 года до начала национализированного наблюдения из-за тяжелых скандалов пьяного мужа. Ухудшился ееон, «пивной», было плохое настроение, появлялись мысли о самоубийстве. Лечилась около месяца в психиатрической больнице. После выписки приблизительно год чувствовала себя неплохо, только была первной, быстро уставала. Затем появилась бессонница, голова, «тиные мужские голоса» в голове. Находилась в стационаре более 2 мес. В течение следующих двух лет еще дважды поступала в психиатрическую больницу. Ухудшение состояния в каждом случае наступало в связи с пьянством и скандальным поведением мужа. Незадолго до 4-й госпитализации «больная показывалась на него начальству по месту работы. В связи с этим муж учинил дома скандал, а когда жена разволновалась и стала громко плакать, он вызвал скорую помощь я под предлогом ухудшения психического состояния отправил ее в психиатрическую больницу. На протяжении всего пребывания в больнице больная была злой, в подавленном настроении, высказывала без ладониальных эмоций бред отношения: считала, что про нее все говорят, осуждают ее поступки — и плохие, я хорошие; все в курсе ее семейных дел. Голоса говорили, что дома все сидят голодные; хотела закурить, но они сказали, что курят только женщины плохого поведения, это «некрасиво, надо бросить». Считала, что все, кто находится в отделении, приняты сюда из-за нее. Была недоверчивой к врачам, которых считала «заодно с мужем». К пришедшей на вынужденное дочери отнеслись равнодушно. Проведено лечение шоковыми дозами нисутина. Выписана в удовлетворительном состоянии с назначением поддерживающего лечения аминазином.

Следующая госпитализация через 2 года, длительность 3 мес. Впервые за несколько недель до госпитализации больная стала заявлять, что ее муж и дочь находятся в половой связи. Тогда же появились голоса, которые смеялись над ней, «сбивали с правильного пути». Говорила об этом неохотно: «Да это давно... я не обращаю на это внимания». Считала, что ее неправильно поместили в больницу: «Это сделали соседи, я часто с ними ругалась». Эмоционально снижена. Память и интеллект без грубых нарушений. Муж больной рассказал, что она дома крайне подозрительна, все время обвиняет его в сожительстве с дочерью. Выгоняла много раз дочь из дома. Беспричинно громко хохотала, ругалась с соседями, плохо спала.

В отделении ориентирована, больной себя не считает. Утверждает, что в больницу ее поместили соседи, а муж «тоже принимал в этом участие». Слышит голоса, которые говорят: «Пробудешь здесь четыре дня, потом месяц, сюда едет следователь для разбора дела... Муж просыпается рано и ложится с дочерью». Больная говорит, что и сама догадывалась об этом, так как начинала иногда ощущать жжение во влагалище, «куда попадала чужая флора». Ждет зятя, который приедет и прекратит это (зять был на военных сборах). Хочет бы застать мужа и дочь на месте преступления, потом позвать милиционера и составить протокол. Ревнует мужа еще к одной женщине — продавщице. Желает обратиться к следователю, чтобы привлечь мужа к судебной ответственности за то, что тот недостаточно активно живет с ней половой жизнью. Все время галлюцинирует. Голоса один раз сказали, что мужа посадили. Пишет письма домой, в которых обвиняет мужа в нечестности. Иногда импульсивна и агрессивна, напала на санитарку, так как она якобы «специально звонит ключами». Под влиянием лечения нейролептиками состояние постепенно улучшалось. Выписана в состояния ремиссии (ремиссия «С» по Серейскому) на поддерживающем лечении.

Первые месяцы аккуратно принимала назначенные лекарства, состояние было спокойное, галлюцинационно-бредовые переживания отсутствовали. Затем перестала регулярно принимать препараты, в связи с чем появилась и все нарастала подозрительность, периодически появлялись голоса.

Через год после выписки снова поступила в психиатрическую больницу: стала агрессивной в отношении мужа, обвиняла его в том, что он не отдает полностью зарплату, ревновала его, плохо спала. Последние ночи перед госпитализацией голоса усилились, слышала какие-то стуки в дверь, испытывала выраженный страх.

В отделении ориентирована, галлюцинирует. Утверждает, что муж специально отправил ее сюда. Бред ревности выражает без указания на конкретную любовницу мужа. Мышление становилось все более аморфным, тусклым, с элементами разорванныности. В больнице пробыла 1,5 мес.

В следующий раз поступила через полгода опять с обострением бреда. Ухудшение состояния наступило дочти сразу после выписки, но муж и дочь терпели ее дома. В больницу отправили в связи с тем, что она стала совершенно нетерпимой: плохо спала, сутками напролет разговаривала сама с собой, испытывала страхи, считала, что ей грозят опасность со стороны мужа и дочери, намеревающихся выгнать ее из дома или навсегда «заточить» в психиатрическую больницу. После лечения нейролептиками была выписана.

В связи с отказом от поддерживающего лечения и последующим ухудшением состояния еще дважды направлялась в больницу. Психическое состояние при пошедшей госпитализации: обильные

слуховых псевдогаллюцинаций — мужские голоса критикуют все ее поступки, знают все ее мысли, комментируют каждый ее шаг, каждое движение. Утверждала, что муж сожительствует с дочерью и другими женщинами. Вообще много говорила на сексуальные темы. Поведение малоактивное. Эмоционально резко снижена. Голоса рассказали, что дочь живет у знакомых, а муж сам готовит обед. Постоянно говорила, что муж и дочь специально ее направили в больницу, «чтобы наслаждаться». Утверждала, что микрофон, передающий голоса, находится на чердаке ее дома. Выяснилось, что, находясь дома, писала куда-то письма, чтобы их с мужем развели. Голоса были то мужские, то женские, звучавшие как из репродуктора — «смеются надо мной... критикуют... говорят про мужа, что он имеет связь с 69-летней еврейской... Она живет этажом ниже... Думать не хочу, а голоса все говорят, говорят... говорят, что у мужа паспорт 69, а еврейке 69 лет». Была довольно равнодушной к этим переживаниям. Говорила, что если бы уехала из Н-ска, то голоса бы прекратились. Бывали периоды от нескольких дней до месяца, когда не слышала голосов, потом опять начинала галлюцинировать: «Говорят о муже все неприятное, подсказывают насчет возбуждения уголовного дела». Мышление разорвавшее.

Представляет интерес в данном случае то, что во время первых поступлений в больницу бредовых идей ревности не было. В дальнейшем они возникали в самом начале приступа (ухудшения состояния с обострением бреда, экзацербации), одновременно с появлением неадекватного поведения, псевдогаллюцинаций, идей воздействия, психических автоматизмов. Сочетаясь с этими нарушениями, бред ревности входил в структуру синдрома Канднинского—Клерамбо. Он отражал также особенности нарушенного мышления при шизофрении, о чем свидетельствовали довольно «заумные» высказывания больной. По мере нарастания изменений личности по шизофреническому типу эти черты бреда ревности и других бредовых идей становились все более выраженными. Система бреда делалась все более стереотипной, в частности в том отношении, что чаще включала только двух конкретных лиц — дочь и мужа. Другие «любовницы» фиксировались в бреде неконкретно, отрывочно. Эмоциональные проявления и поведение больной были неадекватны бредовым переживаниям. Периодически отмечались элементы агрессивности и импульсивности, чаще направленной против мужа. Когда состояние стало определяться выраженным признаком дефекта, бред ревности приобретал вид аморфных, расплывчатых высказываний, отражавших глубокие нарушения в сфере мышления.

Выше мы отмечали, что на начальных стадиях шизофрении с бредом ревности паранойального характера имело значение взаимное отчуждение супругов. При

параноидных состояниях такого рода диссоциации в семьях наблюдались значительно чаще и были более выраженным. Например, в большом числе случаев дело доходило до разводов по инициативе здоровых супругов. Однако следует отметить, что такие диссоциации были обусловлены не только бредом ревности, но и вообще нежеланием продолжать семейную жизнь с психически больным человеком. Большую роль в этом отношении играл упомянутый выше «эмоциональный голод», т. е. «недополучение» от больного заботы, ласки, любви и других эмоций, способствующих взаимопониманию членов семьи, сохранению взаимной привязанности, уважения. Наоборот, психологический климат в семье был напряженно-подозрительным, с проявлениями у членов семьи страха, тревоги, опасений, связанных с ожиданием агрессивных действий со стороны больного.

В плане социологии малых групп, в которые входят больные шизофренией с бредом ревности, заслуживают внимания чрезвычайно интересные работы Вл. Иванова (1981). Автор относит бред ревности к бреду негативного эротического содержания в противоположность эротическому бреду как таковому, имеющему позитивное эротическое содержание. Он отметил, что по мере прогрессирования параноидной шизофрении бредовые идеи ревности могут трансформироваться в эротические парафрические идеи. Мы в полной мере согласны с этими указаниями и хотели бы развить в их подтверждение некоторые соображения, основанные на собственных наблюдениях. Для этого снова следует обратиться к особенностям микросоциальных коммуникаций таких больных¹.

Дело в том, что иногда при шизофрении с бредом ревности они действительно со временем становились как бы не негативными, а позитивными. Некоторые больные начинали считать влюбленными в себя женщины — сотрудниц больницы и сами одновременно начи-

¹ M. Garde, I. de Verbizier (1965) указывают на возможность возникновения в больничных условиях новых микросоциальных «малых групп», в которые объединяются больные. В основе этого, по их мнению, лежит сохранившаяся потребность в семейном общении, хотя она и реализуется больными нелепым, бредовым образом. B. Achte (1962) допускает, что изменения условий «индивидуального быта» наряду с другими условиями могут влиять на формирование бредовых концепций у больных. I. Wirsch (1957) говорит о возможности использования перегруппировок в микросоциальном плане среди больных шизофренией в психотерапевтических целях.

нали испытывать к ним своеобразную страсть в сочетании с ревностью. Такие больные представляли большую опасность для женщин, ставших объектом их любви и ревности.

Бред ревности в структуре приступов приступообразно-прогredientной шизофрении

В плане нашего изложения могут представить интерес наблюдения А. Магнерос, А. Деистер (1988), которые при описании «шизофренических эпизодов» в рамках «шизоаффективных психозов» наряду с другими формами бреда называют бред ревности; «параноидных эпизодов» — бред ревности в сочетании с бредом преследования, громадности и др. При «шизодепрессивных» и «шизоманиакальных» эпизодах речь шла о бредовых идеях указанного выше содержания. «Шизоманиакальные микст-эпизоды» характеризовались в наблюдениях авторов бредовыми идеями из всех предыдущих эпизодов.

Рассматриваемый бред возникал на фоне остро развивавшихся массивных аффективно-бредовых расстройств. Предшествующее приступу состояние больных было чаще всего психопатоподобным, с выраженным в той или иной степени изменениями личности в плане негативной симптоматики. Сначала появлялись бредовые идеи преследования, отношения, особого значения, напоминавшие по совокупности проявлений острый параноид, но с быстрым присоединением явлений аутизма, негативизма, патологической символики в высказываниях. Вскоре возникал бред физического воздействия, сочетающийся с бредом колдовства. Выявлялись также бредовые идеи иницировки, ложные узнавания, «отдельные мигрирующие кататонические расстройства» [Наджаров Р. А., 1985]. У больных отмечался депрессивный фон настроения с выраженной тревогой и расстерянностью, они становились возбужденными, иногда агрессивными. Однако бредовые идеи воздействия, симптомы психического автоматизма были представлены нерезко, проявлялись фрагментарно. Бред ревности начинал выступать позднее, через несколько дней (иногда недель) после формирования отчетливой картины синдрома. По содержанию он был связан с другими бредовыми идеями, в частности с бредом физического воздействия. Несмотря на фрагментарность галлюцинаторно-бредовых проявлений (о голосах, больные сообща-

ли неохотно, иногда об этом приходилось судить на основании объективных признаков галлюцинаций), «загруженность» переживаниями была достаточно сильной. Больные испытывали страх, плакали, набрасывались на жену (мужа), убегали, прятались, так как бредовые переживания периодически становились устрашающими, нередко была нечеткой ориентировка в окружающем. Продолжительность таких депрессивно-параноидных психозов была довольно значительной (до полутора, иногда больше). Они имели тенденцию к более или менее стереотипному течению при повторных приступах. В результате лечения бред ревности, не доминировавший в клинической картине, превращался одновременно с исчезновением других симптомов и синдромов.

Типично следующее наблюдение.

Больной Т., 33 лет. Наблюдался нами в течение двух лет. Из анамнеза известно, что родился вторым по счету в многодетной крестьянской семье. В школе учился 6 лет, но окончил всего 8 класса, так как учеба давалась с трудом и были плохие материальные условия. После школы работал на заводе. Служил в армии, а после демобилизации снова работал на том же заводе. Женился в 19 лет. Имеет ребенка двух лет. Жена характеризует больного как «язвового», вспыльчивого. Всегда был ревнивым. За несколько дней до появления психических расстройств на работе у него произошел конфликт с администрацией. Дома сказал жене, что его критикуют, ведут следствие, чего-то от него добиваются, следят, никто ему не верит я т. п. Через несколько дней после этого ушел с ребенком из дома, купал его в луже, топтал его вещи, затем завернув в мокрую одежду и поехал в другой населенный пункт, откуда был доставлен домой. Жене сказал, что не помнит всего этого. Потом говорил, что жена его наверное оставит, что на него действуют электрическим током. Несколько раз пытался еще куда-то пойти, но не сопротивлялся, если жена не пускала. Говорил, что очень тоскливо на душе, временами плакал. По вечерам болезненные переживания усиливались, иногда вел себя нелепо, например, подражал движениям кошки. Ел только по требованию жены. Высказывал суицидальные мысли, жаловался на головную боль. Перед направлением в больницу импульсивно бросился на жену с ножом.

При поступлении в психиатрический стационар установлено, что страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (имеется заключение терапевтов). Жалуется на головную боль, боль в эпигастриальной области. Патологии сердца и легких не выявлено. Артериальное давление 130/85 мм рт. ст. Неврологический статус без патологии.

Психический статус. Доставлен машиной скорой помощи в сопровождении жены. Не хочет входить в кабинет врача, как будто чего-то боится. Вид растерянный. Знает, что приехал в больницу, но в какую, не поймет. Назвал текущие месяц, год, числа назвать не смог. На вопросы отвечает с задержкой, тихим голосом. Часто сам не дает ответа, адресует собеседнику к жене — «у нее спросите». Периодически начинает стонать, на лице появляется тримаска боли. Говорит, что у беседующего с ним врача «расходятся зрачки». О голосах, действии

электрическим током ничего не сообщает, хотя и не дает отрицательного ответа, говорит: «сами знает». В отделении молчалив, угрюм, на вопросы чаще отвечает: «не знаю», «забыл». Растроен. При разговоре о ребенке дрожь всего тела, слезы на глазах. Через несколько дней после госпитализации сказал, что что-то проясняется в голове, уменьшилась боль и тупость. Настроение продолжало оставаться депрессивным в течение 2 мес. В это время оставался подозрительным, ощущал воздействие яя голову электричества, считал, что это деятельность жены и ее компании— «мужиков, с которыми она путается». Встречал жену на свиданиях яеприязнико, злобно с ней разговаривал, внимательно вглядываясь в ее лицо. Иногда вдруг резко поворачивался и уходил. Врачу потом говорил, что «была не жена, а женщина, подобранныя под жену». Сыпал в голове какие-то голоса, реже видел на стенах разные изображения — гусей, туфли, пятна крови. Все это связывал с воздействием на голову током и гипнозом «той же компании». По мере прохождения курса лечения (инсулянотерапия) стал спокойнее, активнее, постепенно выравнивалось настроение, прошли психотические явления. Был переведен на поддерживающее лечение амиазином и выписан (через 74 дня после поступления) домой под наблюдение врача диспансера.

Первые месяцы после выписки вел себя спокойно, правильно, через месяц приступил к работе. Аккуратно принимал амниазин. Был в хороших отношениях с женой. Однажды через полгода после выхода из больницы перестал принимать лекарства, иногда употреблял спиртные напитки. Возобновилась ревность к жене (по сверхченному типу). Начали проявляться черствость и жестокость по отношению к жене и ребенку, одновременно становился безразличным к интересам и нуждам семьи, вступал в связи со случайными женщинами. На замечания жены адекватно не реагировал, пытался драться. Больного всячески поддерживала в яеправильном отношении к семье его мать, «натравливавшая» его на жену.

Повторная госпитализация продолжительностью 6,5 мес последовала через 1,5 года после первой. Больным себя не считал, ложиться в больницу отказывался. Был аутичным, подозрительным, озлобленным на жяя. Обнаружились выраженные бредовые идеи отношения и преследования, бред ревности. Говорил, что вокруг него все заколдовано (пища, вода, одежда), ощущает это непрерывно, считает, что это сделано женой и ее любовниками. Такое состояние возникло полмесяца назад, когда стал злобным, напряженным, появилось резкое снижение настроения. До этого, через несколько месяцев после выписки из больницы, начал проявлять сильную ревность к жене с нелепыми высказываниями, слежкой, выпытыванием признаний в изменах у жены. В состоянии опьянения ревность усиливалась; считал, что у жены имеются любовники, конкретных мужчин при этом яе называл. Признаками «развратного поведения» жяя считал изменения у нее настроения, задержки по бытовым делам после работы, отказы от половой близости и др. На работу ходил, окружающие не замечали ничего неправильного в его поведении.

Когда наступило обострение, перестал ходить на работу, то и дело говорил, что ему тяжко, что если яе станет легче, то он утопится. Называл жену шпионкой я колдовой, постоянно говорил, что мучается из-за нее, потому что она колдует яе только над ним, но и над всем государством. Сыпал голоса, повествующие об этом, а также о том, что жена ему изменяет с «бандой мужиков». Дня за три до направления в больницу стал говорить, что ему подарили лошадь, покрытую бархатом, которая каждую яочь приходит под окна я ржет. Пытался

убить жену из ружья, что и явилось причиной срочной госпитализации.

При поступлении в соматическом и неврологическом статусе по сравнению с прошлой госпитализацией динамики не отмечено. Мать больного категорически возражала против его госпитализации, требовала отдать больного ей «под расписку».

Психический статус. Резко аффективно напряжен, выскакывает бред отравления, колдовства, воздействия, ревности. В проявлениях синдрома Кандисского — Клерамбо отмечаются признаки парафрэзации («в мире какой-то переворот»). Бред ревности, высказываемый лишь эпизодически, самостоятельного значения не имеет, входит в структуру синдрома как что-то производное от доминирующих переживаний. Так, жена объявляется неверной как бы постолку, поскольку действует против больного в банде. Много говорит о боге. Несмотря на полиморфные и массивные психопатологические проявления, больной двигательно и психически малоактивен. После инсулиновой терапии выписан с инвалидностью II группы. На выходе из острого психотического состояния обнаружилось отчетливое эмоционально-волевое снижение.

После выписки находился под опекой жены, которая следила за приемом лекарств и не позволяла употреблять спиртные напитки. Занимался домашними делами. Продолжал ревновать жену без указания конкретных «любовников». Эпизодически был агрессивен к ней и ребенку («ребенок не мой»). Высказывал также идеи колдовства. Больной не пускал жену к родным, в баню, так как считал, что она ходит на свидания. Несмотря на описанную симптоматику, около года удерживался дома, затем (очевидно, в связи с отказом от лекарств и употреблением алкогольных япактов) последовали частые обострения: становился злобным, резко подозрительным, усиливались проявления ревности, набрасывался на жену с топором. В связи с таким поведением был в третий раз направлен в больницу, где находился около 3 мес. При поступлении был спокоен, острой психотической симптоматики не обнаруживал, довольно вяло, без всякого аффективно-волевого «напора» и каких-либо доводов высказывал связанные между собой бредовые идеи ревности и колдовства по отношению к жене. Эти высказывания продолжались около 2 мес. Отмечено прогрессирование изменений личности в плане негативной шизофренической симптоматики. Затем бредовые идеи утратили актуальность, высказывались больным редко, только при изводящих вопросах, без всяких проявлений активности и значимости для него этих переживаний.

Мы полагаем, что интерес данного наблюдения состоит в том, что болезнь прослежена на протяжении длительного времени, начиная с манифестного приступа депрессивно-параноидной структуры с выраженным явлением растерянности, бреда инсценировки, физического воздействия, синдромом Капгра, рудиментарными кататоническими симптомами. Бредовые идеи ревности, несмотря на злокачественное течение шизофрении, были фрагментарны, лишены какой-либо самостоятельной значимости (хотя жена постоянно фигурировала в бреде преследования, воздействия, колдовства и др.). Лишь тогда, когда в психозе в течение двух приступов (шубов) отзывали острые аффективно-бредовые рас-

стройства, у больного появилсяrudиментарный паранойяльный бред ревности, сочетавшийся с бредом колдовства.

Развитие у больного приступообразно-прогредиентной шизофренией «отставшего» паранойяльного бреда ревности можно объяснить тем, что вообще при различных психозах на высоте острых психических нарушений, связанных с переживаниями страха, растерянности, угрозы своему существованию, имеющих таинственно-мистический характер, бред ревности, судя по нашим наблюдениям и данным литературы [Снежневский А. В., 1960; Шумский Н. Г., 1983; Анашкина Л. М., 1990; Astrup S., 1969; Bergner P., 1972; Bleuler E., 1979; Brice P., 1986], развивается редко, он преимущественно фрагментарный, образный. Так произошло и в данном случае, который может считаться типичным.

Бред ревности при шизофрении позднего возраста

Изучение бреда ревности при поздней шизофрении следует считать весьма актуальным, так как в настоящее время при уменьшении в клинической картине поздней шизофрении более легких расстройств увеличивается относительная частота бредовых синдромов как параноидных, так и паранойяльных [Лебедев Б. А., 1969; Морозов Г. В., 1977; Штернберг Э. Я., 1977; Стукалова Л. А., Шестакова Б. И., 1982; Дворин Д. В., 1983; Bleuler E., Bleuler M., 1960; Kielczawa T., Matkowska M., 1983; Scharfetter Ch., 1984; Cloninger C., Martin R. et al., 1986; Kendler K., Masterson S. et al., 1986]. Р. А. Наджаров (1985) полагает, что шизофрения, встречающаяся в позднем возрасте, относится преимущественно к приступообразно-прогредиентным формам, которые проявляются в виде бредовых и аффективно-бредовых приступов, а также галлюцинаторных расстройств по типу вербальных галлюцинов.

Мы исследовали больных поздней шизофренией с депрессивно-паранойяльными и депрессивно-параноидными состояниями, включающими бредовые идеи ревности. Остановимся на проявлениях этого бреда, общих для больных обеих групп. Прежде всего это выраженный «малый размах» бредовых идей, наблюдаемый, однако, чаще у мужчин. Они считали, что жена сожительствует с зятем, соседом, причем очень часто «пренебрегали» резким возрастным несоответствием жены и мужчины, с

которым она уличалась в сожительстве. Несмотря на «малую масштабность» бреда ревности, его содержание в подобных случаях обыденным назвать нельзя, так как оно в связи с указанной особенностью было уже не обыденным, а нелепым, парадоксальным, и это может быть использовано в соответствующих случаях как критерий дифференциальной диагностики. Например, при старческих психозах, алкоголем бреде ревности таких возрастных несоответствий в высказываниях, связанных с бредом ревности, не было.

Депрессивно-паранойальные состояния при поздней шубообразной шизофрении характеризовались бытовым уровнем бредового поведения, которое в основном сводилось к деятельности больных по предотвращению «измен» жены («защитное поведение»). Больные ходили проверять, где находится отсутствующая дома жена, причем по одним и тем же адресам. Мужчинам, включенным в бред в качестве «любовников» жены, запрещали появляться у себя дома, а жене — выходить из дома, больные сами старались как можно реже отлучаться, чтобы жена была всегда «под присмотром». Повышения половых потребностей у больных не было.

Бред ревности возникал внезапно («по озарению»), одновременно с развитием депрессивного либо субдепрессивного сдвига в эмоциональной сфере. У таких больных чаще, чем у пациентов молодого и среднего возраста, наблюдалась визуализация представлений в форме паранойальных галлюцинаций воображения.

У больного З. внезапно возникла мысль, вскоре превратившаяся в твердое убеждение, о сожительстве жены с ее пасынком. Незадолго перед этим жена обратила внимание на неожиданное резкое изменение настроения у мужа: он стал задумчивым, тревожным, подозрительным, боязливым, и/or влюбленным — «не похожим на себя». Одновременно, по словам жены, стал неприязненно относиться к своему сыну, настаивал на том, чтобы он уехал к родной матери. Неоднократно на высоте волнения, связанного с данными переживаниями, имели место слуховые галлюцинации — слышал угрозы сына. После командировки, во время которой З., очевидно, употребляя алкогольные напитки, стал особенно упорно предъявлять жене обвинения в сожительстве с пасынком (мальчику 15 лет), водил его на осмотр к венерологу, чтобы тот установил, живет ли он половой жизнью. В семье больной сделался нетерпимым, так как дешел до открытого обвинения сына в сожительстве с мачехой, которая воспитывает его в течение 12 лет и любит его, как родного. Заявил, что от сына он обязательно избавится. Жену ни на шаг от себя не отпускает. Стал агрессивен, в ответ на какое-то возражение жены сломал ей руку, угрожает убийством. Раньше больного радовало родственное отношение жены к сыну, теперь же не выносят его присутствия дома. Стал приходить домой пьяным, скандалил

с сыном. Уехав в очередную командировку, дал сыну телеграмму, в которой повторил требование уехать к матери в деревню. Когда приехал из командировки, то пошел не домой, а к сестре, где дождался ночи. Придя ночью домой, стал ругать жену за то, что она долго не открывала ему, так как, наверное, была занята в постели с пасынком. В связи с подобным поведением и невыносимой обстановкой, создавшейся дома, жена с сыном ушли от него, к чему он остался безразличным.

Депрессивно-параноидный синдром характеризовался инициальными признаками депрессии, отчетливо выраженным тревожным компонентом и включал в себя проявления, типичные для депрессивно-бредовых приступов поздней шизофрении (депрессивная окраска бреда, подозрительность в отношении окружения, постоянно усиливающийся страх, мысли о самоубийстве, астенические симптомы, типичная суточная кривая самоощущения с низким уровнем «соматизации депрессии»; ощущение «напора мыслей» на фоне несопранимости мысли [Наджаров Р. А., 1985].

Несмотря на «малые» масштабы, переживания бреда ревности содержали много символики, неясных намеков, «туманных метафор» [Кербиков О. В., 1968]: «жена намеками назначает свидание соседу»; больной по каким-то необъяснимым изменениям обстановки в квартире видит, что жена была здесь с мужчиной; некоторым больным (как мужчинам, так и женщинам) в качестве признаков измен супругов служили какие-то «неясные» ощущения в половых органах; ряд больных интерпретировали как признак измены жены свою импотенцию. Тем не менее у больных не было элементов эротомании (в отличие от больных молодого и среднего возраста), они не осматривали у своих жен половые органы и белье.

У женщин в качестве любовниц мужа в бреде ревности фигурировали какие-то неконкретные особы женского пола, которые, однако, были нередко наделены в воображении больных непонятными для них способностями появляться в ночное время в квартире (забираясь через окно), проникать к мужу в постель, прятаться под кровать, а потом так же таинственно исчезать. Представляет интерес, что мужчины с бредом ревности наделяли такими же таинственно-мистическими способностями своих ревнивых жен. Женщины с бредом ревности при поздней шизофрении (как шубообразной, так и параноидной) не приписывали своим мужьям таких способностей. К этим бредовым продукциям примыкали и другие, относящиеся к

проявлениям синдрома Кандисского — Клерамбо: больные говорили, что супруги их усыпляют, смешивая с пищей, питьем или «сжигая на вате» синтетическое средство. Мы хотели бы обратить внимание на периферический в данном случае характер психических автоматизмов.

Это отчетливо проявилось у больного М., 69 лет (поздняя шизофрения, шубообразный тип течения, острый депрессивно-параноидный приступ), направленного на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа из-за тяжких телесных повреждений, причиненных жене на почве бреда ревности. Больной обвинял жену в изменах и действиях, направленных на причинение ему вреда с целью «извести». Считал, что жена в ночное время насыпала ему в нос, на пол вокруг кровати, на половой член хлорную известь, обсыпала каким-то ядовитым порошком голову (потом болела голова). Кроме того, жена действовала на него гипнозом. Все это она делала для того, чтобы мужа погубить, а самой оставаться с любовником. Пережил однажды оиейрондный эпизод: видел, как к нему приходили ночью жена и ее любовник, которые поссорились из-за его денег, а медицинский персонал за это искупал их в хлорной извести. Фон настроения был депрессивным, периодически больной галлюционировал — слышал, как за стеной пытали и мучили его детей.

У рассматриваемой группы больных часто наблюдалась своеобразная конфабуляторная продукция, в основном у женищ. Конфабуляции не были связаны со снижением памяти, они представляли собой чисто бредовое явление. Они наблюдались не только при параноидных состояниях и приступах шубообразной шизофрении с синдромом Кандисского — Клерамбо, но и при шизофрении с паранойяльным бредом ревности у больных позднего возраста.

Больная А., рассказавшая о том, что «любовница» ходит по ночам к мужу, утверждала, что однажды раз «собственными руками» вытаскивала ее за волосы из постели. Она же говорила, будто видела, как муж и «та женщина» ехали в автобусе и целовались, слышала своими ушами, как муж говорил подруге «той женщины»: «Я купил ей туфли, она пошла на вечер».

Больная П. уверила, что ее муж причет у себя в постели «какую-то женщину»; рассказывала, что видела, как старший сын заказал оградку для ее могилы.

Всегда очень трудно определить время начала психического заболевания. У больных данной группы на начало болезни, нередко с большой точностью, указывали родственники. Очевидно, имело значение то, что у больных (мужчин и женщин) отклонения в поведении, не соответствующие многолетним представлениям о них как о психически здоровых и не свойственные их возрасту, начинались внезапно: они становились активнее, живее, у них

уменьшалась медлительность психических и моторных процессов, появлялся повышенный интерес к половым вопросам. Родственники говорили, что больные как будто утрачивали правильную оценку своего возраста, становились в этом плане некритичными. Личностные изменения у них были более грубыми, чем у больных с идентичными синдромами психических расстройств в более молодом возрасте. Это проявлялось и в «выборе» соперников, на что указывалось выше. Имелось сочетание (синдромия — Е. К. Краснушкин, 1960) бреда ревности (в рамках депрессивно-параноидного синдрома) с бредом ущерба, обкрадывания и др. Больные говорили: «Муж просил у дочери сто рублей, чтобы купить платье любовнице»; «Жена относится к сыну очень внимательно, покупает много вещей» (сын считается сожителем жены).

Мы обратили внимание на гипо- и агедомический характер переживаний бреда ревности при поздней шизофрении, т. е. на его проявление на фоне безрадости (особенно при депрессивно-бредовых состояниях), замкнутости, эмоциональной тусклости: не было беспокойства, душевной боли, сопровождающей «отторжение» предмета любви, представлений о масштабах утраты (жены, ее любви); не отмечалось даже попыток чувствования в ситуацию, отсутствовала какая бы то ни было яркость чувства, даже переживания соперничества звучали приглушенно. Об агедомии и гипогедомии иногда говорят, имея в виду вообще шизофрению [Куятон L, Кох S., 1975]. По нашим наблюдениям, при поздней шизофрении на модели бреда ревности это выявляется особенно ярко. Дело в том, очевидно, что этот бред касается нарушения аспектов семейных взаимоотношений, основывающихся в нормальных условиях на доверии, любви, довольстве, счастье, жертвенности и т. д. Эти оттенки, присущие в той или иной степени бреду ревности у больных шизофренией относительно молодого и среднего возраста, у больных поздней шизофренией при данном бреде отсутствуют.

Бред ревности при шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом

Из литературы известно, что шизофрения может изменять свое течение под влиянием алкоголизма. С. Г. Жислин (1965) полагает, что своеобразие случаев шизофрении, осложненной алкоголизмом, не сводится к простому сложению симптоматики этих двух процессов, потому что изменяется само течение шизофрении в виде смягчения специфических черт шизофренического дефекта, «который иногда становится неравличимым»: нет обычной вялости, эмоциональной тупости, неадекватности, разорванности или все это может быть выражено слабо. Автор

даже считает, что возможны относительная доступность этих больных, обращенность их к жизни, что делает их все меньше похожими на больных с шизофреническим дефектом; в этом заключается причина диагностических трудностей при шизофрении, осложненной алкоголизмом.

На то, что алкоголизм обуславливает присутствие в картине шизофренического дефекта так называемых «нажитых качеств» (эмоциональная живость, синтонность, некоторые черты алкогольной деградации), указывают также С. А. Суханов (1906), В. А. Гиляровский (1935), А. А. Абаскулиев (1959), Н. Н. Канторович (1969), Ю. С. Вишнякова (1970), В. М. Шумаков (1970); Г. К. Заиров, Ш. Д. Кричмар, Б. С. Кричмар и др. (1976), В. П. Куркин (1976), K. Graeter (1909), E. Kraepelin (1942), E. Bleuler (1920), K. Pohlisch (1933), L. Gelberg, L. S. Linn, B. Leake (1988) и др. В наблюдениях И. В. Стрельчука (1973) алкоголь до известной меры смягчал, замаскировывал шизофреническую симптоматику. Шизофрения неблагоприятно действовала на алкоголизм, утяжеляя его. Г. В. Морозов (1977) резонно утверждает, что у больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем, трудно подчас выявить шизофренический процесс (особенно при медленно-прогredientной параноидной шизофрении). Причиной является то, что алкогольная интоксикация может вызывать обострение болезни, а также создавать банальный фасадный «алкогольный облик» и маскировать симптоматику шизофрении. Что касается бредовых высказываний, то они у больных шизофренией в состоянии опьянения могут становиться более активными.

А. Н. Малохов (1960) дает другие утверждения, полагая, что больной параноидной шизофренией чувствителен к систематическому пьянству потому, что у него имеется психопатологическое средство с проявлениями алкогольных психозов, и алкоголизм может вызвать предрасположение и даже вызвать новый его приступ.

Как видим, мнения авторов по затронутому вопросу довольно противоречивы. Работ, касающихся влияния алкоголизма на проявления бреда ревности при шизофрении, вообще в литературе мало [Моефес С. М., 1964; Шейини Л. М., 1968; Терентьев Е. И., 1972; Bergard M., Miggau R., 1966, и др.]. Могут представить интерес данные Г. К. Заирова, Ш. Д. Кричмар, Б. С. Кричмар и др. (1976), обследовавших 44 больных параноидной шизофренией с сопутствующим алкоголизмом, который проявился раньше, чем началась шизофрения; первые признаки шизофрении возникли после формирования синдрома психома. Манифестирующие проявления шизофрении отличались остротой, истинными слуховыми, зрительными и тактильными галлюцинациями, сенестопатиями, сочетающимися с бредом ревности и бредом физического воздействия. В наших наблюдениях [Терентьев Е. И., 1982]

отмечено, что у злоупотребляющих алкоголем больных шизофренией, особенно при опьянении, высказывания идей ревности были активнее, чем при шизофрении, не отягощенной алкоголизмом. Больные становились возбудимыми, конфликтовали с женой, были агрессивными по отношению к ней, грубо расторможенными в бредовом поведении, напомнившими таковое при алкогольном бреде ревности (садистско-мазохистское поведение и др.).

С. М. Моефес (1964) указывает на вутинстическое содержание переживаний у таких больных, нелепость высказываний, а также на то, что здесь первичны не расстройства восприятия, в расстройства мышления.

В собственных наблюдениях мы отметили, что у злоупотребляющих алкоголем больных шизофренией, особенно при опьянении, высказывания бреда ревности были более активными, чем в случаях «чистой» шизофрении. Эти больные были как в трезвом, так и особенно в пьяном состоянии возбудимыми, конфликтными, скандальными с женами, вели себя агрессивно по отношению к ним. Отмечались также формы бредового поведения, напоминающие таковое при алкогольной паранойе (садистско-мазохистское поведение). Чаще, чем при шизофрении, не осложненной алкоголизмом, отмечалась «экзогенизация» психопатологической симптоматики. Это проявлялось в двух тенденциях: во-первых, носила отпечаток алкоголизма сама симптоматика шизофрении; во-вторых, присоединялась дополнительная симптоматика, имеющая типичные черты алкогольной психопатологии.

В высказываниях бреда ревности были значительно меньше, чем при шизофрении без алкоголизма, выражены ассоциативные нарушения, что делало бред как бы менее нелепым. Паранояльные и параноидные проявления бреда ревности определенным образом уравновешивали друг друга, т. е. в различные периоды были больше выражены то одни, то другие. Большая выраженность паранояльной психопатологии наблюдалась тогда, когда больные при улучшении состояния в плане шизофрении (очевидно, видоизмененный алкоголизмом межприступный период приступообразно-прогредиентной шизофрении) особенно сильно злоупотребляли алкогольными напитками. Параноидные проявления (сrudиментарными признаками бреда ревности) выступали на первый план в период изменения симптоматики шизофрении в виде развития депрессивно-параноидного шуба, когда алкоголизация отступала на задний план и даже временно

прекращалась (острые психотические явления, повлекшие за собой госпитализацию).

Таким образом, бред ревности при шизофрении с алкоголизмом имел выраженный полиморфизм симптоматики, отражавший множество патопластических влияний. К таким влияниям мы относили сочетавшиеся с признаками эмоционально-волевого снижения за счет шизофрении черты алкогольной деградации с психопатизацией личности по истериодному или эксплозивному типу. Поведение больных нередко выглядело как хулиганство. Часто совершались агрессивные действия в отношении жены как своеобразные реакции на «измены». Отмечался определенный «богемный» налет в поведении, а у лиц с уголовным анамнезом — стереотипы поведения, заимствованные в уголовной среде.

Больные госпитализировались по поводу как первого, так и второго варианта психопатологических проявлений рассматриваемой патологии, но все-таки чаще по поводу острых психотических состояний, которые при таком «смешанном» течении шизофрении и алкоголизма провоцировались алкоголизацией, в связи с чем инцидальные стадии приступов имели сходство по клиническим проявлениям с острыми алкогольными психозами (возникновение в похмельном состоянии, резкий страх, образные бредовые идеи преследования с часто меняющейся фабулой, «алкогольная тематика» переживаний, алкогольное поведение — нанесение себе поверхностных ранений на руках и груди и др.). Затем начинали преобладать психические расстройства, типичные для шизофрении, в виде бредовых идей отношения, особого значения, воздействия, инсценировки, парапрениевых идей,rudиментов слуховых и зрительных истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций. Такие психотические состояния наблюдались часто, возможно, чаще, чем приступы и шубы приступообразно-прогредиентной шизофрении, ие отягощенной алкоголизмом. Это следует связать с их провоцированием тяжелой алкоголизацией.

Соответствию описываемой динамике психопатологии бред ревности, проявлявшийся на начальных стадиях приступов в виде нестойких образных идей, затем исчезал из переживаний больных в связи с развитием параноидной и парапрениной бредовой продукции или только изредка, эпизодически бредовые высказывания имелись в структуре ведущего (депрессивно-параноидного, подчас включающего парапрениную и кататоническую

симптоматику) синдрома, не играя в нем самостоятельной роли. В дальнейшем (по нашим наблюдениям, через 6—10 лет) перед ревности совершение имевшихся паранойдно-парафренических проприеваниями, у больных прогресировало эмоционально-волевое снижение, достигающее вое углубляющееся дефекта и ведущее к нивелированию признаков алкогольной деградации. Одновременно с этим зачастую прекращался алкоголизм с его патогенетическим и патопсихическим влиянием при фасоматриаемой патологии.

Бредовые идеи ревности в структуре шизофрении представляют значительную социальную опасность на любом этапе заболевания [Морозов Г. В., 1977; Sobczuk P., Wędka L., 1988; Jähnig H., Littmann E., 1985, и др.], поэтому заслуживает внимания их судебно-психиатрический аспект. В типичных случаях паранойально-го бреда ревности на начальных стадиях шизофрении больные начинают подозревать жен в неверности, приводя при этом ряд доказательств, всегда переплетающихся с реальными фактами. Больные исполняют в прошлом «стремительные» поведения жен, называют имена своих «соперников», которыми оказываются знакомые, сотрудники по работе, друзья, дети и др. Больные по бредовым мотивам могут нападать на «подозреваемых» лиц, причинять телесные повреждения, или совершать иные опасные действия [Морозов Г. В., 1977].

По нашим наблюдениям, на начальных стадиях паранойального синдрома с ранним содержанием бреда больные относительно редко совершают типичные проприевранные действия, более типичны действия в виде «хулиганства», угроз убийства, нанесения «членов тяжких зелесник повреждений», что в какой-то степени соответствует безынициативности больных, отсутствию указаний в бредовых высказываниях на конкретных лиц как на любовников жен и др. [Терентьев Е. И., Мурашновский Л. Л., 1982]. Имеет, по-видимому, значение и то, что у больных обнаруживается определенное снижение интереса к сексуальным вопросам, их больные занимает мысльми упражнениями «пуговной близости» с женой.

На уровне развитого паранойального бредового синдрома структура переносимых усложняется, усиливается их аффективная насыщенность и напряженность. Социальная опасность больных на этом этапе возрастает. Агрессивные действия они обычно совершают внезапно,

любыми «подвернувшимися под руку» орудиями. В некоторых случаях эти действия отличаются жестокостью, имеют вид мучительства (особенно если больные прибегают к алкоголю). Опасность больных еще более усиливается в период трансформации паранойального синдрома в параноидный. На этом этапе к идеям ревности присоединяются идем отношения, преследования. Реальная обстановка начинает восприниматься больным как угрожающе-тайнственная. Трансформируется и сам бред ревности, происходит видоизменение и усложнение его тематики с включением в структуру синдрома Кандинского — Клерамбо. Острота переживаний и связанная с ними опасность поведения больных определяются уже не только тематикой ревности, сколько тревогой, страхом за свою жизнь. Им кажется, что окружающие замышляют что-то злонечное против них, хотят уничтожить, омывают их личностной независимостью и др. Содержанием идей физического воздействия и определяется бредовое агрессивное поведение больных, причем агрессивность нередко направлена не только на жену, но и на «любовников». Она выражается в убийстве, покушениях на убийство, нанесении тяжких телесных повреждений. Не случайно Я. М. Калашник (1963), А. Н. Малохов (1963), В. П. Колев (1974) подчеркивают, что бред ревности при параноидной шизофрении выделяется именно в связи с возможностью убийства. Все больные шизофренией с бредовыми идеями ревности невменяемы.

В итоге подчеркиваем, что бредовые идеи ревности при шизофрении представляют собой сложные в психиатрическом отношении образования, отражающие своеобразие шизофренических нарушений мышления и эмоций, индивидуальные особенности личности больных, нарушения межличностных структур. Эти факторы в значительной мере определяют патологическую специфичность бреда ревности (как, впрочем, и других бредовых идей) при шизофрении.

К особенностям бреда ревности при паранойальных синдромах в рамках шизофрении относится то, что на ранних стадиях (если иметь в виду не хронологию болезни, а темп развития болезненных изменений) он чаще проявляется в «чистом виде», в виде «моносиндромов». В дальнейшем структура синдрома усложняется за счет присоединения к бреду ревности первичных бредовых идей другого содержания, тематически, однако, связанных с бредом ревности (бред суждничества, колдовства,

любовный и др.). По мере нарастания шизофренических изменений психики бредовые идеи, входящие в паранойяльный синдром (в частности, бред ревности), становятся монотонными, начинают проявляться фрагменты бреда значения, преследования, отношения. Одновременно еще более уплощаются эмоции. Бред ревности теряет актуальность.

Тематика бреда ревности, входящего в структуру параноидных состояний, отражает все признаки, присущие данному синдрому, в частности влияние идей воздействия, преследования; она получает звучание в галлюцинациях и псевдогаллюцинациях, представлена в разного рода психических автоматизмах. В результате нарастания изменений личности бредовые идеи, входящие в параноидную систему, в том числе бред ревности, утрачивают взаимосвязь, единство, становятся фрагментарными.

Представляет определенный интерес (хотя и требует дальнейшего изучения и обоснования) то, что сексуальная насыщенность, сексуально-эротическая тематика бреда ревности представлены у женщин на его начальных стадиях при шизофрении более резко, чем у мужчин (в дальнейшем у женщин становится более выраженным матримониальное содержание бреда). В бредовых высказываниях больных мужчины не только не звучала эротическая тематика, но и их собственные притязания к жене в половом отношении не имели актуальности. У многих из них обстоятельства супружеской половой жизни даже не упоминались в бреде, речь шла обычно об изменившемся отношении, недостаточном внимании жены. Более часты в начале существования бреда были обвинения жены в кокетстве, «фризвольном поведении». К бреду ревности присоединялись идеи супружества (с эпистолярной деятельностью), отправления, «детективное», «защитное» поведение.

При поздней шизофрении проявления бреда ревности заслуживают внимания и требуют дальнейшего изучения в части его синдромологических характеристик, вопросов патопластиков и патопсихологов, а также трансформации синдромов, так как создается впечатление о его особой роли в психопатологии позднего возраста [Штернберг Э. Я., 1977].

Глава 8

ПАРАНОЙЯЛЬНЫЕ И ДРУГИЕ СИНДРОМОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ БРЕДА РЕВНОСТИ ПРИ ПСИХОЗАХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

«Значительное, преобразующее облик психиатрических учреждений, увеличение числа поступающих в них психически больных позднего возраста является всесторонне установленным фактом», — утверждает Э. Я. Штернберг (1977). Автор напоминает о необходимости разработки возрастной психопатологии, но также указывает на потребность в улучшении клинического анализа на синдромальном уровне в целях более точной нозологической систематизации в геронтологической психиатрии. В соответствии с этими задачами в данной главе рассматриваются клинические особенности синдромологических форм бреда ревности при психозах позднего возраста, при которых он встречается довольно часто, представляя собой одно из типичных проявлений возрастной психопатологии [Лебедев Б. А., 1969; Рахальский Ю. Е., 1970; Ширниа М. Г., 1975; Штернберг Э. Я., 1977; Жариков Н. М., 1977; Шахматов Н. Ф., Концевой В. А., Ciompi L., 1983; Leonhard K., 1963, 1980; Zemke R., Renhert H., 1974; 1979; Bilikiewicz T., 1979; Cole I., Barret I., 1979; Krzymiński S., 1984; Vrince P., 1986; Dimitrijevic M., Wall P. et al., 1990].

Бред ревности в структуре пресенильных психозов

Для бреда ревности не существует верхней возрастной границы. Еще J. Esquirol считал, что он может возникать в позднем возрасте. E. Kraepelin (1912) описал бред ревности при «пресенильном бреде ущерба» и подчеркнул его своеобразие, которое заключалось в обыденности отиошений, отражаемых в нем, медленном, постепенном развитии. Он относил бред ревности к бредовым идеям ущерба (ущерб семейной чести).

В этом плане представляет интерес точка зрения P. Abely (1962), обозначающего инволюционный возраст как «критический», так как, достигнув его, человек начинает осознавать свое старение. Он чаще всего совпадает с климактерическим периодом. Замужняя женщина опасается распада семьи, а одинокая уже окончательно теряет надежду на личное счастье. У мужчины нередко возникает

комплекс ущемления мужского самолюбия и честолюбия.

Большинство авторов также считают, что бред ревности при инволюционных (пресенильных) психозах изолированно не встречается, а сочетается с идеями ущерба как таковыми, преследования, отравления, причем все указанные разновидности бредовых идей характеризуются «малым размахом», «малым масштабам». В этом вопросе разногласий в литературе нет, так же как и в вопросе о возрастных границах этих психозов. Существенное расхождение мнений имеется в вопросе об идентификации форм этих психозов, которое, однако, в последние годы все более сглаживается. Основные концепции здесь следующие. R. Lemke, H. Rennert (1960) выделяют климактерические и инволюционные психозы, имея в виду климактерий как этап инволюции. Авторы выделяют две формы психоза с депрессивным ведущим синдромом (климактерическая депрессия и инволюционная депрессия), которые почти не отличаются от выделяемых ими же «истинных бредовых случаев» этого психоза (парафrenия или паранойальное развитие), протекающих с идеями ревности, преследования, отравления. А. В. Снежневский (1968) также описывает бред ревности как при пресенильном параноиде, так и при пресенильной депрессии в сочетании с другими видами бреда: при пресенильной депрессии данный бред развивается в инициальной стадии, на фоне нарастающего угнетения и тревоги, затем он как бы исчезает «в нагромождении более тяжелых нарушений психики»; при пресенильном параноиде бред ревности имеет сложную синдромологическую структуру паранойального характера. П. Г. Никифорова (1960) предпочтает называть этот же психоз «систематизированной формой поздней парафrenии», так как в нем, по наблюдениям автора, при длительном течении наибольший удельный вес приобретают идеи физического воздействия, «психического влияния», а также «первичные обманы памяти» по типу псевдореминисценций. М. Г. Ширина (1963) выделяет инволюционный психоз с паранойальным бредовым синдромом в виде самостоятельной формы с изолированным бредом ревности. Н. М. Жариков (1977) описывает рассматриваемый бред при пресенильном параноиде. Э. Я. Штернберг и В. А. Концевой (1985), выделяющие три разновидности инволюционных психозов — паранойю, параноид и депрессию (инволюционную меланхолию), бред ревности также отмечают только при первой из них. Н. М. Жариков подчеркивает, что это тот самый психоз, который Е. Кгаéрелип

обозначал как пресенильный бред ущерба, K. Kleist как пресенильную паанойю, Albrecht как пресенильную парофению. Б. А. Лебедев (1969), Р. Brice (1986) говорят вообще о бредовых симптомах и синдромах при психических заболеваниях позднего возраста, среди которых могут наблюдаться и идеи ревности.

Мы в своих исследованиях придерживались «классического» деления ниволюционных психозов на ниволюционный (пресенильный) пааноид и ниволюционную меланхолию (пресенильную депрессию). Пресенильный пааноид был распознан у 8 мужчин в возрасте от 58 до 63 лет и у 5 женщин в возрасте от 47 до 60 лет. Ниволюционная меланхолия отмечена у 11 женщин 49—60 лет.

У женщин, больных пресенильным пааноидом, были отмечены следующие клинические проявления этого психоза¹. Болезнь начиналась постепенно. До этого спокойные женщины становились подозрительными, хмурыми, замкнутыми, все чаще ссорились с мужьями. Предъявляли жалобы на головную боль, астенические и неопределенные нпохондрические жалобы. Особенно упорныи указанные жалобы были тогда, когда начало психоза совпадало с климактерическим периодом. В этих случаях отмечались «приливы» к голове, головокружения, внезапные состояния слабости. Нередко приходилось наблюдать и связанное с климактерическим состоянием обострение истерических особенностей характера или появление истерических симптомов. Фон настроения у больных был несколько угнетенным, с отчетливым тревожным компонентом.

Уже на стадии кристаллизации бреда одновременно звучали мотивы ущербности, угрозы своему будущему или будущему семьи и ревности. Переживания имели значительную субъективную тяжесть для больных, у которых нередко проявлялись суицидальные тенденции и агрессивность, направленная на мужа. Мы согласны с А. С. Чудиным (1980) в том, что в инцидентном периоде пресенильных психозов особенно опасными были психогенные переживания, связанные с супружеской невериостью мужа.

Ситуация осложнялась тем, что на данной стадии психоза больные редко попадали в поле зрения психиат-

¹ Мы начинаем с описания бреда ревности при этом психозе у женщин, у которых он отличался более сложной, чем у мужчин, структурой психических нарушений инцидентного и последующих периодов, отражая большее число семейно-бытовых и межличностных влияний.

ров, поэтому информацию о их состоянии в это время мы получали ретроспективно от самих больных и их близких.

Постепенно бредовые переживания становились все более упорными. Больные начинали подозревать соседей в воровстве, ежедневно пересчитывали и прятали на новое место деньги, закрывали на замок чемоданы, ящики шкафов, требовали устройства дополнительных замков на дверях квартиры, окончательно не доверяли мужу, по-новому трактовали половую слабость мужа или то, что он не может полностью удовлетворить сексуальных запросов, которые часто возрастили. Эта трактовка обычно сводилась к тому, что муж «бережет себя для других женщин». Даже импотенция у мужа, о которой, естественно, больные знали и раньше, рассматривалась с этой точки зрения. Видя, что муж приветливо и спокойно относится к соседям, в частности к женщинам, к которым сами больные относились с подозрением и недоверием, они все более «убеждались» в том, что муж состоит в заговоре с соседями, а среди соседок имеет любовниц. Бред ревности, достигавший к этому времени полной выраженности, имел элементы ущербности. Больные говорили: «Муж хочет от меня избавиться; пусть бы изменил, но не покидал меня». Ревность как бы уступала риску потерять мужа, оставаться одинокой перед лицом надвигающейся старости. Некоторые больные проявляли больше беспокойства не по поводу измен мужа, а в связи с тем, что любовницы-соседки это «афишируют». Появлялись иллюзии и галлюцинации типа аффективных иллюзий и галлюцинаций воображения. Больные сообщали, что слышали разговор мужа с любовницей: «Муж говорил, что ему нужна в жизни другая женщина»; «муж рассказывал любовнице, будто заказал для меня оградку на могилу»; «сама слышала, как муж называл во сне имя любовницы»; «слышала, как любовница подходила к дому, стучала в окно и разговаривала с мужем».

Постепенно угнетенность и подавленность, которые наблюдались в инициальном периоде болезни, сменились стеничностью, озлобленностью в отношении мужа и других «преследователей и недоброжелателей». Больные требовали от мужа «прекратить разврат», устранивали ему публичные скандалы, нападали на соседок, называли их шлюхами, жаловались на них в милицию, в общественные организации. Угрожали мужу убийством, каст-

рацией, делали попытки осуществить эти угрозы. Усиливали «контроль» за поведением мужа, начинали следить за ним.

Одна наша больная — женщина 50 лет, муж которой находился на пенсии и занимался на общественных началах профсоюзной работой, ревновала его к женщине 65 лет, тоже работавшей в этой профсоюзной организации. Чтобы разоблачить мужа, больная холодными зимними вечерами приходила к подъезду учреждения, где работали муж и «любовница», ложилась на снег в зарослях декоративного кустарника и часами «вела наблюдение».

Больные собирали «документы для следствия», настаивали, чтобы мужья шли с иими «на комиссию к врачам» для установления признаков измены, в отдельных случаях добивались этого.

По мере прогрессирования рассматриваемого заболевания бредовые идеи у больных как бы более расширялись. Больные начинали бояться врачей, так как были убеждены, что последние действуют «по заданию». В связи с тем, что больные ходили в психоневрологический диспансер обычно в сопровождении мужа, они начинали нередко ревновать его к своим лечащим врачам, медицинским сестрам.

Наряду с бредовыми идеями преследования, ущерба и ревности у больных наблюдалась и бредовые идеи отравления. Больные скрывали свои переживания, стремились к уединению, были крайне подозрительны и недоверчивы к окружающим. Бред ревности они высказывали только мужу «с глазу на глаз». Возникали конфликты с соседями, которые не подозревали, что причиной ссор является психическая болезнь и часто недоумевали по поводу того, что ранее спокойная и любезная пожилая женщина как-то изменилась, стала «скандальной и неуживчивой». Контакт с больными становился формальным из-за их нарастающей замкнутости. Бредовые переживания становились нестойкими. Идеи ущерба все более утрачивали предметность, уступая место неопределенной подозрительности, скучности. Бред ревности становилсяrudиментарным, его конструкция упрощалась — «муж изменяет со всеми соседками», «кругом шлюхи» и др. Скандалы, устраиваемые мужу и соседям, были крайне грубыми, высказывания — циничными, с частыми угрозами.

Ранее, в начале болезни, эти больные часто думали и говорили о своей неполноценности, о том, что муж имеет любовниц, которые превосходят их своими достоинствами. В поведении больные проявляли определенную

изобретательность: оно не было однообразным, в известной степени отражало преморбидные черты и привычки, женские психологические черты — деликатность, мягкость; больные страдали, хотя их страдания и маскировались оптимистическими установками на борьбу за свои права, за благополучие семьи. Эти страдания и эта борьба были все-таки понятны окружающим, и последние отнеслись к больным с сочувствием. Теперь эти больные превращались в «деспотов», не скрывающих подозрительность и злобность в отношении домочадцев и соседей. Раньше отношение больных к мужьям было продиктовано (под влиянием бреда ревности, ущерба, преследования) страхом одиночества в старости, они боялись быть покинутыми, изгнанными из дома, т.е. переживали определенную зависимость от мужа. Теперь это бесследно исчезало, больные сами гнали мужа из дома, в лучшем случае демонстративно его игнорировали, избегали всяких контактов с ним, с трудом терпели его присутствие.

Больная К., 53 лет. Родилась в крестьянской семье девятой из десяти детей. Наследственность не отягощена. Образование — 4 класса школы. Менструации с 14 лет. С 45 лет менопауза. Замужем 20 лет. Настоящий брак — второй, продолжается 19 лет. Имеет взрослого сына. С мужем жили хорошо. Больная с молодых лет занималась физическим трудом, последние 8 лет работает санитаркой в больнице. По характеру до болезни была веселой, общительной, аккуратной, любила чистоту и порядок. По месту работы ее характеризуют положительно.

Около трех лет назад стала замечать у мужа на белье «подозрительные пятна». Ссорилась с ним из-за того, что он поздно приходил домой, стала считать, что муж имеет женщины на стороне. Сделалась задумчивой, часто плакала, говорила, что теперь никому не нужна, муж плохо к ней относится, проняляет интерес к другим женщинам. Потом стала говорить, что муж навсегда изменил ей с соседкой Н., задумал вместе с этой женщиной избавиться от нее, выжить из дома. Была тревожной, высказывала беспокойство за сына и его семью, боялась, что с ними может что-то случиться из-за козней мужа и любовниц. Сын большой отмечал, что она постоянно «в открытую» говорила о половой слабости мужа, трактуя это как подозрительный признак в плане своей ревности — «бережет свою силу для любовниц». Водила мужа «на проверку» к урологу и венерологу. Требовала воздействовать на него и его «любовниц» по административной и общественной линии. Никаким уговорам не поддавалась. За последние 1,5 года стала все больше обнаруживать не свойственные ей до болезни черствость, грубость, злобность, эгоистичность. Пытается отдельно, свои продукты хранит под замком. Домашние боятся больную, так как она то и дело грозится, что «всех поубивает». С этим связано обращение к психиатрам.

При поступлении больной в больницу выраженной патологии соматической и неврологической сфер не выявлено.

Психический статус. Держится несколько самоуверенно,

на вопросы отвечает резкими нороткими фразами. Смотрит на врача и персонал приемного покоя неприязненно, подозрительно. Говорит, что муж давно ей изменяет, связан с соседями и соседками-любовницами, вносящими разлад в семью. Соседи «совсем обнаглели», воруют у нее продукты, тайно проникают в дом, она стала замечать какие-то подозрительные запахи. Слышала много раз, как муж произносил во сне женские имена. Был период, когда хотела ему во время сна отрубить топором голову. Теперь все его «похождения», как утверждает больная, ей безразличны, как и сам муж. Говорит: «Не давайте дорогу шлюхам, отпустите меня домой». Утверждает, что муж на работе имеет «шлюху». Без стеснения рассуждает на сексуальные темы. Уверена, что муж ее обманывает: «Говорит, что у него половая слабость, а сам лежит, отодвинувшись, боится меня коснуться... бережет себя для других женщин... хочет от меня избавиться». Больная не производит впечатления угнетенной всем этим. Считает себя полностью здоровой. Понимает, в какую больницу доставлена, говорит: «Муж исих, его и лечите, а меня отпустите домой». Интеллектуально-мистических нарушений не выявляется.

В отделении первые 3 нед была хмурой, иногда беспокойной, шумно требовала отпустить ее домой, злилась, когда пытались доказать, что надо полежать в больнице, «подлечить нервы». Об «изменах» мужа по своей инициативе не говорила. Отвечая на вопросы в этом плане, не стеснялась говорить о самых интимных вещах, жаловалась, что муж ее не удовлетворял в половом отношении и этим причинил вред ее здоровью. Часто говорила, что муж наверное не ночует дома, пока она здесь, что его боятся сын, невестка и внуки. Утверждала, что в больнице по делу ее мужа «ведется следствие», с нетерпением ждет, когда ее вызовут, чтобы дать показания.

Однако постепенно под влиянием лечения больная стала спокойнее. Менее неприязненно встречала мужа на свиданиях. Была внешне ласкова к внукам, интересовалась, как обстоят дела дома, как учатся внуки, как здоровье сына и его семьи. По поводу «измен» мужа говорила сначала, что ей это безразлично, потом в высказываниях об этом появился элемент формальной критики: «Наверное, по болезни казалось, что муж изменил». Однако оставалась хмурой, неприветливой, безразличной к родным. Ничего не говорила о том, чем собирается заниматься дома, как намеревая налаживать отношения с соседями. При настойчивых расспросах говорила, что ей ни до кого нет дела. В таком состоянии больная через 3 мес была выписана домой на поддерживающее лечение.

Заболевание в данном случае возникло в инволюционном возрасте у женщины, практически до этого здоровой. Менопауза наступила за 8 лет до начала болезни. В психопатологическом отношении проявления болезни вполне укладываются в рамки инволюционного параноида: постепенное начало в инволюционном возрасте, типичные для психозов позднего возраста виды бреда с доминированием идей ревности, галлюцинаций соответствующей тематики при «малой масштабности» переживаний. Изменения личности в связи с болезнью были характерны для инволюционных психозов: нарастающая черствость, угрюмость, безразличие к родным, эгоизм.

Могут представить интерес особенности пресенильного параноида у женщин, возникшего во второй половине новоизмененного периода (55—60 лет), или тогда, когда болезнь продолжалась несколько лет и простиралась на данный возрастной период¹. В таких случаях наряду с обострением психики, нарастанием инактивности, огрублением и эмоциональной черствостью мы отмечали также «схематизацию» бредовых идей, которые становились все более примитивными и монотонными. Утрачивалась связь между идеями ущерба, преследования и ревности. Бред утрачивал систематизированный характер.

Эти особенности согласуются с указаниями ряда авторов на то, что симптоматика данного психоза со временем теряет свою яркость и аффективную насыщенность, становится малопродуктивной и однобразной [Снежневский А. В., 1949; Фаворина В. Н., 1949; Лебедев Б. А., 1969]. Э. Я. Штериберг (1977) говорит также о ряде признаков снижения уровня личности, Р. Е. Люстерник (1928) — о «застывании психической жизни на очень суженном базисе» (оба автора имеют в виду стадии, близкие к исходным).

У мужчин с пресенильным параноидом мы отметили следующие его отличия от такового у женщин: бред ревности преобладал среди других видов бреда и сопровождался выраженной цинично-эротической окраской переживаний и высказываний. Начало заболевания приходилось на более старший возраст, чем у женщин. В инцидентальных стадиях не отмечалось выраженных астенических явлений, меньше были представлены депрессивно-тревожные оттенки настроения, бредовые идеи ущерба и включение элементов ущербности в другие бредовые переживания. У женщин и в бреде ревности включались элементы ущербности, а мужчины высказывали этот бред по-иному. Их воображаемыми соперниками были люди молодого возраста (на это указывают также Б. А. Лебедев, 1969, и др.). Это служило как бы поводом для апелляции к «совести» жены, для обвинений ее в распущенности. Кроме того, действия, связанные с бредом ревности, были решительными, «крутыми»: заявления на «развратницу-жену» в милицию, запрет отлучаться из дома, запирание жены в квартире, «чтобы не ушла к любовнику» («защитная» форма бредового поведения — Е. И. Терентьев, 1972, 1981, 1982).

В бреде ревности не звучали обычно опасения быть изгнанными из дома, указания на деятельность жены вместе с соседями с целью нанесения материального ущерба, а также опасения быть брошенным женой. Следующим отличием было то, что мотивы ущербности, если

¹ Данный аспект актуален, так как «текущие и исход пресенильных психозов в литературе освещены недостаточно» [Жариков Н. М., 1965].

и звучали у мужчин, то не в плане возможности каких-либо действий или самих действий жены и окружающих, а лишь в плане намерений, своевременно разоблачаемых больными.

Большое внимание приходилось уделять дифференциальной диагностике пресенильных параноидов с алкогольной паранойей. Это было необходимо в связи с указаниями родственников и жен больных на употребление последними алкогольных напитков, которое у ряда больных учащалось с развитием психоза. Дифференциальная диагностика основывалась на том, что бред ревности при пресенильных параноидах возникал в пожилом возрасте, сочетался с идеями ущерба и преследования; бредовые идеи, в том числе и бред ревности, имели «малые масштабы». До настоящего алкоголизма у этих больных дело не доходило, поведение по типу садистско-мазохистского было нерезко выраженным. Не отмечалось столь сложной предшествующей динамики, как при алкогольной паранойе (I и II стадии психоза), не имела сложной структуры «первичная фабула» бреда.

Бред ревности при инволюционной меланхолии имелся в основном в инциональном периоде болезни. Однако у 3 больных с мягким течением психоза он продолжался и на стадии выраженных психотических явлений. Сначала больные становились как бы пугливыми, тревожными, обидчивыми. У них нарушался сон, появлялась неусидчивость, обострялись мысли об увядании, старении. Они становились особо чувствительными к «недостаточной заботе» со стороны мужа, детей, проявляли неопределенное беспокойство. Постепенно к этому присоединялась подозрительность, появлялись мысли о том, что муж выглядит моложе, красивее, чем больная, поэтому он должен «уйти к другой женщине». Обострялись ипохондрические переживания, связанные с различными неприятными ощущениями в теле, болями; настроение становилось все более депрессивным с усилением тревожного радикала. Особенно тяжелы были часы, когда больные оставались дома одни.

Описанная картина являла собой стадию «кристаллизации» бреда, который затем возникал «по озарению», и больные вдруг начинали «отчетливо понимать», что муж изменяет, хочет привести в дом другую женщину. Внешне при этом больные оставались упорядоченными, активных действий в плане бредового поведения не совершали. «Масштабы» бреда были малыми, больные

ревновали мужа к соседкам, знакомым женщинам, подругам дочерей; больные не уточняли, что «замышляют» мужья, хотят ли от них избавиться, изгнать их из дома; не занимались обоснованиями своей ревности и не искали подтверждения «измен» мужа. Они истолковывали неверность мужа как своего рода «удары судьбы», как начало несчастий, с тревогой ожидаемых ими. Никаких защитных действий не осуществляли, не отстаивали своих прав. Они только сетовали на судьбу, делились этим с мужем, проявляли своеобразную покорность судьбе и зависимость от нее. Оправдания мужа, категорическое отрижение измен больные даже не выслушивали, на их состоянии это никак не отражалось. Иногда, наоборот, в связи с этим возникало усиление тревоги и ажитации с проявлениями, напоминающими истерические реакции.

Через 6—12 мес после начала болезни в ее течении наступал перелом: резко усиливались депрессивно-тревожные элементы, появлялся депрессивный бред. Тема ревности в самостоятельном виде исчезала из переживаний. Больные начинали высказывать бред громадности, говорили о неизбежности гибели их детей, о приближении какой-то катастрофы, ядерной войны. Мужей они не всегда относили к числу тех, кого ожидает гибель, они как бы оставались вне сферы действия любых катастроф и катаклизмов, должны были остаться в живых, благополучно и счастливо жить «с другой женщиной». Подобную «фетишизацию» своих мужей мы наблюдали в трех случаях. Она, как мы считаем, является отражением бреда обвинения, его модификацией в сочетании с бредом громадности и ревности.

Больная Д., 47 лет, служащая. Наследственность в отношении психических заболеваний не отягочена. Развивалась правильно. Менструации с 13 лет. Окончила 7 классов школы и финансовый техникум, училась хорошо. Замужем с 25 лет. Имеет двух детей старшего школьного возраста. Дети здоровы. Муж непьющий, очень заботливый, работает на ответственной высокооплачиваемой работе. Семейная жизнь с самого начала и до болезни была спокойной, основанной на взаимной любви, согласии, глубоком взаимном уважении. Менструации 1,5 года отсутствуют. Климакс перенесла тяжело.

Муж рассказал, что больная последние несколько месяцев была грустной, тревожной, подозрительной, плохо спала, говорил мужу, что скоро умрет. Настроение становилось все более сниженным, часто говорила, что скоро сойдет с ума, что ее испортили, что вообще наивысшееся какой-то «мрак и ужас». Месяца за полтора до госпитализации стала упрекать мужа в том, что он ей изменяет, плакала, просила не делать этого, на разубеждения мужа не обращала внимания, только просила не губить ее и детей.

При поступлении в больницу какой-либо патология соматической и неврологической сфер не обнаружено.

Психический статус. Внешне спокойна, выражение лица грустное. На вопросы отвечает правильно, по существу. Жалуется я боли в сердце, головную боль, боли и неприятные ощущения в животе. Высказывает бред ревности: муж ей изменяет с соседками. Убеждена, что ее ожидает несчастная старость, если она до того не умрет или не сойдет с ума. Жалуется на очень плохое настроение, считает, что окружающие ее в чем-то обвиняют, что она недостойна мужа, поэтому, хотя он ей не изменяет, она не вправе предъявлять ему какие-либо претензии. Рассказывает, что в последнее время стеснялась есть при муже, так как считала, что это ему не нравится. Стравалась не выходить из дома, «чтобы не мозолить людям глаза». Больная раздражительна, обидчива, склонна к тревожным и дисфорическим проявлениям. Выраженные переживания бреда ущерба в сочетании с бредом ревности: изменяя ей, муж не только обижает ее, но и дает знать, что она ему не нужна, потому что хуже других женщин. Плачет, вздыхает, говорит, что ничего не радует, не хочется жить. Нарушений в сфере восприятия по типу иллюзий и галлюцинаций нет. Память без выраженных расстройств.

В отделении больная тревожна, все время в движении, подходит то к одной, то к другой больной и внимательноглядывается в их лица. Первые несколько ночей не спала. В беседе с врачом сообщает об очень плохом настроении, предчувствии беды. Думает, что муж уже находится дома с другой женщиной, не уверена, что ее дети живы. Рассказывает, что дома с минуты на минуту ожидала, что появятся какие-то люди, которые по поручению мужа выгонят из квартиры ее и детей, поэтому все время смотрела в окна. Считала, что готовится война в городе между людьми разных национальностей. Обстановка представлялась очень напряженной. К мужу относилась со страхом и неприязнью, не выходила к нему на свидания, отказывалась брать продукты от него. Считала, что окружающие считают ее виноватой в каких-то неведомых ей грехах, презирают ее. Ажитация у больной периодически достигала исступления, когда она начинала метаться по палате, заламывать руки, стонать и причитать. В такие моменты ей казалось, что все рушится; просила, чтобы срочно вызывали мужа, которому она должна сообщить, что надо спасать детей от гибели. Переживания ревности в такие периоды отсутствовали. Через 2–3 дня больная успокаивалась, оставаясь несколько тревожной, ипохондричной. Под влиянием лечения стала все меньше обнаруживать беспокойство, приступы депрессивно-тревожного бредового возбуждения не повторялись. Настроение постепенно совсем выровнялось, бредовые переживания утратили актуальность и прекратились. Ко времени выписки продолжала оставаться ворчливой, лишенной тонких эмоционально-личностных проявлений. Выписана домой по просьбе мужа, пробы в больнице более 3 мес.

Приведенное наблюдение типично для инволюционной меланхолии, о чем свидетельствует депрессивный характер бредовых переживаний: идей ревности, ущерба, имеющие «малые масштабы», на фоне которых развивались сложные, с фантастической фабулой, депрессивно-бредовые картины по типу идей громадности. Развитию бреда предшествовало депрессивно-тревожное состояние

бездовных переживаний. Даиняя инициальная стадия психоза проявилась без видимой связи с какими-либо провоцирующими факторами. Она имела относительно небольшую продолжительность (несколько недель), исчезаясь временем, в течение которого произошла «кристаллизация» бреда. А. В. Снежневский (1968) указывает, что развитию бреда «нередко предшествует напряженное предчувствие наступающей катастрофы, необъяснимое мучительное беспокойство, ощущение повсюду таящейся опасности, нависшей угрозы, приобретение окружающим нового, иного смысла».

Бред ревности при атеросклеротических психозах

По Ю. Е. Рахальскому (1970), бред ревности представляет собой наиболее частую форму паранойальных состояний при атеросклеротических психозах. Кроме того, данный бред, по мнению автора, может наблюдаться еще при ряде атеросклеротических психотических состояний (инициально-атеросклеротический параноид с бредом ревности по типу «бреда узкой ситуации»; галлюцинаторные и бредовые состояния с паранойальным бредом ревности у лиц с явлениями атеросклеротического дефекта; ремиттирующие галлюцинаторно-бредовые психозы с периодически возникающими идеями ревности; хронические бредовые и галлюцинаторно-бредовые психозы при медленном течении органического процесса). Различные формы бреда ревности в позднем возрасте (50—85 лет) у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга изучали Ф. А. Лейбович и М. Г. Ширин (1965) и отметили, что это узкий по содержанию бред, развивающийся при неблагоприятном течении сосудистого процесса со склеротическими церебральными явлениями и нарастанием изменений личности. Авторы наблюдали также резидуальный бред ревности после острых транзиторных склеротических психозов и паранойальный хронический — при доброкачественном течении склеротического процесса. Без обозначения синдромальных форм о бреде ревности при атеросклеротических психозах сообщают Ф. Ф. Детенгоф (1963), Т. Н. Гордова (1965), В. М. Башников (1967), F. Post (1965), I. Glatzel (1978), L. Ciompi (1979), P. Brice (1986).

Представляют интерес многолетние исследования, проведенные Б. А. Лебедевым (1969, 1988). По мнению автора, паранойальный синдром при сосудистых психо-

зах (он не разграничивает атеросклеротические и гипертонические психические нарушения) развивается в более ранние сроки, чем параноидный. Заболевание обычно начинается с соматических жалоб, свидетельствующих об ишемической болезни сердца, астенической симптоматике. Образование систематизированного бреда (чаще всего преследования и ревности) начинается после психической травмы или неблагоприятных физических воздействий. Очень часто люди, вовлекаемые в бред, бывают моложе или занимают более высокое положение, чем больные. Поведение больных и их действия, направленные на разоблачение преследователя или объекта ревности, в значительной степени зависят от снижения интеллекта, чем больше эти нарушения, тем более нелепы они становятся болезненные умозаключения. В ряде случаев самостоятельно или в комбинации с бредом ревности развиваются бредовые идеи отравления, что особенно часто сочетается с неблагоприятным развитием соматических нарушений атеросклеротической природы.

В собственных исследованиях нам встретились случаи атеросклеротических психозов с бредом ревности, которые протекали в виде острых транзиторных состояний с расстройствами сознания и без них (у 6 мужчин и 3 женщин) и в виде хронических («эндоформных» — Э. Я. Штериберг, 1977) с ведущими галлюцинаториопараноидными (у 7 мужчин и 4 женщин) и паранойяльными (5 мужчин и 1 женщина) синдромами. Возникновению психозов предшествовал длительный период появления и нарастания атеросклеротических изменений психики сначала в форме «иеврастенического» синдрома, а затем — лакунарного слабоумия разной выраженности. Отмечались те или иные дополнительные вредности — ситуационные факторы, алкоголизм, инфекционные заболевания и др.

Транзиторные психозы с помрачением и без помрачения сознания начинались остро. Помрачение не следовало сразу за началом психоза и не являлось его начальной стадией, которая обычно представляла собой картину остстрого параноида с бредом преследования, ревности, отношения, слуховыми иллюзиями галлюцинациями. Бред ревности некоторое время преобладал над другими симптомами. Он основывался на таких «подозрительных» в смысле «измен» деталях поведения супругов, как взгляды в сторону лиц противоположного пола, разговор с кем-нибудь из них, не исключая соседей, прохожих,

хорошее к ним отношение. Больные также считали, что за ними следят, подкарауливают любовники жены или любовницы мужа с целью убить, отравить и т. д. Головная боль, головокружение, а также другие нарушения сосудистого происхождения, которые наблюдались у больных и до наступления психоза, теперь получали бредовую интерпретацию как результат отравления, порчи. В этих «враждебных действиях» больные обвиняли тот же круг людей. Галлюцинации носили характер комментирующих, императивных; реже голоса «делали намеки» насчет поведения супругов. Затем (через несколько дней) усиливались проявления бредовых идей преследования, не связанных с тематикой ревности, слуховых галлюцинаций. Бред ревности больные высказывали лишь периодически и только в дневное время. Возникал и становился постоянным страх. Больные переставали выходить из дома, к чему-то прислушивались. Отмечалась растерянность, больные твердили: «Что же это делается?» или «Что вы хотите со мной сделать?». Ночью не спали. При закрытых глазах им виделись картины фантастического содержания. Персонажи этих видений разговаривали с больными, отдавали им приказания. Если удавалось задремать, то сразу появлялись кошмарные сновидения.

Уже на этой стадии психоза в связи с растерянностью больные не вполне отчетливо отграничивали виденное во сне и в гипнагогических галлюцинациях от действительных событий, в том числе и в том, что касалось бреда ревности. Фаза острого параноида длилась 1—2 нед, иногда до 3 нед, переходя в следующую фазу — помрачение сознания. Это обычно было сумеречное состояние по типу делириозной спутанности [Гуревич М. О., 1949]. Переживания этого периода имели вид нестойкого бреда в сочетании со сложными, сценоподобными зрительными, а также слуховыми галлюцинациями. В бреде звучали мотивы преследования, в меньшей степени — ревности. Больные в это время не спали, были умеренно возбужденными, проявляли страх, немотивированную злобу на фоне напряженного аффекта, стремились куда-то идти, иногда уходили из дома и не могли найти дорогу обратно.

Помрачение сознания продолжалось несколько суток и сменялось следующей фазой психоза, которая может быть обозначена как резидуальная, когда на фоне астении, подчас с эйфорическим настроением, у больных наблюдался резидуальный бред ревности. Источниками бредовых идей являлись сновидения и гипнагогические

галлюцинации начального периода психоза и галлюцинационные обманы периода помрачения сознания. Эта фаза психоза была наиболее продолжительной из всех (2—3 мес). Одним из характерных ее проявлений был более или менее выраженный повышенный интерес к половым вопросам (у мужчин), сочетавшийся с расторможенностью и цинизмом в поведении больных, в частности в их отношении к женскому персоналу отделения.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной Г., 65 лет. В семье психически больных не было. Родители умерли в старческом возрасте. Детских болезней не помнит. С 15 лет начал работать в сельском хозяйстве. Будучи взрослым, болел малярией. Венерические болезни отрицает. У больного ампутирована левая стопа в связи с отморожением. Женат второй раз. Первая жена умерла от «воспаления почек». С ней имел 10 детей, из которых в живых 7. Сейчас они взрослые, имеют свои семьи. Во втором браке детей не было. В последние годы работал пастухом в колхозе. Несколько лет назад ушел на пенсию по возрасту. Алкоголем никогда не злоупотреблял. Жил длительное время с женой на Кавказе.

Жена больного рассказала, что вот уже в течение 5—6 лет он часто жалуется на головную боль, головокружения, очень раздражителен, часто плачет, «кан ребенок», все забывает. Быстро устает, с трудом доработал до пенсии. Много говорил о плохом самочувствии, о скорой смерти. Именно по этой причине настоял на переезде в Новосибирск, чтобы быть ближе к детям («будет кому похоронить»). Во время переезда и началась болезнь, по поводу которой больной госпитализирован в психиатрический стационар. Еще в поезде стал реанимировать жену к пассажирам-мужчинам. Запрещал ей на них смотреть, устраивал скандалы на этой почве. Следил за ней, сопровождал, когда она выходила на перрон на больших станциях, шла в туалет. По приезде в Новосибирск сказал сыну, что «мать сдурула на старости лет, смотрит на мужиков».

Поселились у старшего сына. Больной сразу же стал неправильно себя вести. Уносил из дома разные мелкие вещи и дарил их соседям. Иногда говорил об изменениях жены. Высказывал суицидальные мысли, говорил, что зарежется или утопится, однажды пытался ударить себя ножом. Ночами совсем не спал, испытывал страх, однажды ушел из дома ночью и бродил по городу, его нашли с помощью милиции в другом конце города. Путался в числах и месяцах, не мог сказать, в каком городе находится. Чего-то боялся, часто озирался по сторонам, вздрагивал, к чему-то прислушивался. Сын доставил больного в психоневрологический диспансер, откуда его отвезли в больницу.

При приеме в больницу отмечены умеренные возрастные изменения соматической и неврологической сфер, явления общего атеросклероза, атеросклероза головного мозга. На глазном дне — склероз сосудов сетчатки.

Психический статус. Тревожен, испуганно смотрит по сторонам. Ориентирован неточно. Сказал, что бог во сне запретил ему жить. Слышит голос, идущий сверху, который дает ему различные приказания, зовет «на тот свет», угрожает, говорит, что жена «занимается плохими делами», приказывает ее убить. Голос называет себя то чертом, то богом. Всматривается в угол помещения, а это время

резко усиливается страх, кричит: «Вот они, что надо?». Пытается бежать куда-то. О взаимоотношениях с женой сам не говорит, при наводящих вопросах об этом говорит: «Было дело, сам видел». Машет скорченно рукой, плачет.

Во время пребывания в больнице в первые дни тревожен, плохо ориентирован, ночами не спит. Слышит голоса, рассказывает о «видениях», о боге, о том, что видит постоянно свою жену «за плохими делами». Через 3 дня спокоен, эйфоричен. Охотно беседует с врачами. Говорит, что видел при закрытых глазах бога, который рассказывал, что жена ему изменяет. Потом рассказывал, что и сам видел, как жена совершила половой акт с 30-летним парнем (жене 62 года). Когда жена приходила, обвинял ее в «легкомысленном поведении», требовал «прекратить разврат», бросался на нее с кулаками. Продолжал высказывать бред ревности в течение 1,5 мес после выхода из острого психотического состояния. Оставался эйфоричным, многоречивым. Иногда сердился на персонал, особенно при ограничении выхода из отделения, возбуждался, кричал, плакал. Был развязным, расторможенным в сексуальном отношении: пытался обнимать санитарок, медицинских сестер, хотел поднять им платье, делал откровенные предложения насчет половой близости, уговаривал выйти за него замуж. Имелись отдельные конфабуляции, связанные с тематикой бреда ревности. Так, однажды сказал, что получил письмо от старшего сына, где сообщается о развратном поведении жены. Высказывания бреда ревности отрывочные, без каких-либо признаков систематизация, эмоциональной напряженности переживаний. Речь обстоятельная, рассказы о жизни утомительно подробны и длинны, в том числе о связях жены с другими мужчинами. К врачам был подобострастен, угодлив, постоянно заносчиво улыбался. Эмоционально лабилен: легко переходит от смеха к плачу. Ипохондричен, много говорил о своих болезнях, а также о различного рода болезненных и неприятных ощущениях то в животе, то «в боку», то в пояснице, причем каждое из этих ощущений внушило больному больше беспокойства, чем его общее состояние, оценка которого была ему недоступна. О пережитом на высоте болезни помнил мало, считал, что это было по болезни — «голова была больная», но констатировал это скорее формально. К моменту выписки (через 3 мес 8 дней после поступления в больницу) стал спокойнее, бредовые идеи ревности исчезли, сексуальная расторможенность снизилась, но не исчезла, тогда как до психоза, как сообщала жена больного, ее не было.

Итак, в данном случае начало психоза было внезапным и совпало с действием ситуационного фактора (длительная поездка в связи с переменой места жительства). У больного за несколько лет до возникновения психотического эпизода отмечались «нинциальные сосудистые расстройства» [Штернберг Э. Я., 1977], которые в дальнейшем в связи с довольно неблагоприятным течением сосудистого процесса трансформировались в выраженные проявления органического психосиндрома. Психоз был явно транзиторным со сменой ряда синдромов. Кульминацией развития заболевания был синдром помрачения сознания по типу «атеросклеротических состояний спутанности» [Stern E., 1930]. Интересно, что бредовые

иди ревности, хотя и проявлялись во фрагментарном виде, были представлены на всех стадиях психоза.

Галлюцинаторно-паранондные («эндоформные») атеросклеротические психозы имели приступообразное течение. Каждый приступ начинался более или менее остро, продолжался от нескольких недель до нескольких месяцев. Первые приступы обычно провоцировались действием дополнительной вредности — психической травмы, инфекционного заболевания, интоксикации, особенно алкогольной, и др. При повторных приступах эта зависимость обнаруживалась меньше. Исключение составляла алкогольная интоксикация, значение которой в провоцировании атеросклеротических психозов было всегда велико.

В начальной стадии рассматриваемого психоза больные становились подозрительными, у них появлялись бессонница, растерянность, подозрительность; довольно быстро развивались бредовые идеи преследования, отношения, ревности. Позднее возникали слуховые галлюцинации и идеи воздействия. Галлюцинации имели ряд признаков псевдогаллюцинаций, сопровождались чувством сделанности голосов. Здесь тоже устанавливалась неоднократно отмечавшаяся нами закономерность: бред ревности звучал в высказываниях и проявлялся в поведении больных в основном в дневное время. Ночью больные были целиком во власти бреда преследования, испытывали резкий страх, не ложились в постель, боясь уснуть. Изредка начинали дремать сидя, но вскоре вскакивали, ходили по квартире, осматривая окна, двери, проверяя замки, к чему-то прислушивались. В это время у них отмечались сердцебиение, дрожание рук.

Постепенно бред становился более систематизированным, отчетливее выступали явления психического автоматизма. Бред ревности при этом был отрывочным, его фабула, находившая отражение в симптоматике паранондного синдрома, сводилась к обвинению супругов в «плохих делах», в воздействии с целью порчи или отравления на половые органы, другие части тела. Воздействие при помощи «технических средств» на мозг, на голову связывалось с другими источниками.

Рассматриваемые психозы наблюдались у лиц не старческого возраста (58—60 лет). Отмечались обусловленные атеросклеротическими изменениями психики особенности ведущего синдрома: конкретность бредовых идей воздействия, как бы «вырастающих» из предшествовавших им идей преследования, ревности, недостаточ-

ная их умственная переработка, благодаря чему они высказывались как бы «в сыром виде», наподобие образного бреда.

Так, больная Н. говорила о том, что все автомашины и самолеты следят за ней, хотят ее арестовать по доносам мужа и его любовниц, что с этих автомашин и самолетов простреливают стены ее квартиры. Кроме того, сообщала, что слышала передаваемые по радио голоса мужа и любовниц, говорившие ей, чтобы она «вышла замуж за магнит», испытывала действие магнита, через магнит ее звали замуж, явно издеваясь над ней.

Можно допустить, что в такого рода стереотипизации психопатологической симптоматики отражаются особенности мышления больных с атеросклеротическими изменениями психики в плане тугоподвижности мышления, трудности переключения с одной темы на другую, застrevания на одной какой-либо детали [Гиляровский В. А., 1954; Краснушкин Е. А., 1960; Башников В. М., 1967; Bilikiewicz T., 1966; Huber G., 1974, и др.].

Под влиянием лечения указанные нарушения постепенно шли на убыль. Больные выписывались из больницы спокойными, появлялась критика к перенесенным психическим нарушениям, нормализовался сон. Состояние больных продолжало определяться снижением личности по типу органического психосиндрома атеросклеротического генеза, не достигающим деменции. Сюда относятся большой круг проявлений, к которым Э. Я. Штериберг (1977) причислял утрату наиболее тонких и дифференцированных личностных установок и форм поведения, черты расторможенности излишних влечений, дисмистические расстройства, неточности ориентировки, снижение темпа и продуктивности умственной деятельности, снижение объема и четкости восприятия, критики и уровня суждений и др. Этот комплекс был фоном, на котором в наших наблюдениях возникали эндоформные атеросклеротические психозы, как галлюцинаторио-параноидные, так и паранойальные.

Атеросклеротические («эндоформные») психозы с бредом ревности паранойальной структуры наблюдались у больных разного возраста — как относительно молодых (54—58 лет), так и пожилых (65—70 лет). Заболевание начиналось с появления у них убежденности в неверности супругов, которые обвинялись в сожительстве с соседями, знакомыми, посторонними людьми, попадавшими в поле зрения больных. Свои подозрения и обвинения больные

высказывали в прямолинейной форме, сильно волновались при этом, плакали. Плохо спали ночами, прислушивались, не ходят ли возле дома кто-нибудь из любовников жены (любовниц мужа). Становились задумчивыми и тревожными. На попытки супругов разубедить и успокоить больные реагировали вспышками раздражения и злобы. Настроение было подавленным, субдепрессивным. Бред ревности был стойким, терапевтически довольно резистентным. Как правило, такие больные многократно поступали в психиатрические больницы. Интересно, что в больнице высказывания бреда ревности зачастую сохранялись лишь в течение 1—2 нед. Затем отношение к нему становилось формально критичным, а высказывания прекращались. Больные говорили, что это им казалось, «было по болезни» и т. п. Вступали в разговор на эту тему неохотно. Постепенно становились спокойнее. Появлялся типичный для них благодушный фон настроения, подобострастность к врачам. Они любили разговаривать о своих недугах, жаловались на плохую память, головную боль. Иногда вспоминали о своей молодости, о былой силе, крепком здоровье, хвалились успехами у женщины, победами над «красавицами». Жен, приходивших на сеансы, встречали тепло, радушно. В таком состоянии больные выписывались домой через 1—1,5 мес. Однако вскоре бред ревности возобновлялся, так как больные переставали принимать лекарства, употребляли алкогольные напитки. Снова обвиняли жену в измене, причем такие высказывания были стереотипными. Самы больные были при этом пассивными, не проявляли никаких-либо «защитных» действий, не прибегали к угрозам, в их поведении не наблюдалось агрессивности в адрес жены и «любовников». Обычно они постоянно «бубнили» женам об изменах, стыдили их, плакали, вздыхали. Супруги со временем привыкали к этому и просто «отмахивались». В других случаях к указанным бредовым высказываниям присоединялись угрозы расправы и попытки нападения на жену и тех, к кому ее ревновали. Естественно такие больные чаще госпитализировались.

Важным отличительным признаком от других психозов с бредом ревности было то, что больные рассматриваемой группы не проверяли половые органы и белье своих жен с целью уличения в неверности. Это можно связать с тем, что бред ревности не имел у них выраженных мотивов сексуальных притязаний, отражая

лишь непримиримость к «факту» измен как к своего рода моральному ущемлению.

Для иллюстрации приводим одно из наблюдений.

Больной Ж., 56 лет. Родился в рабочей семье. Болезней детского возраста не помнит. В школе учился хорошо, окончил семилетку, потом техникум. Работал мастером цеха, затем технологом. Женат с 25 лет. Имеет сыновей 21 года и 16 лет. Жена и дети здоровы. Будучи варослым, болел неоднократно гриппом. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. С женой до болезни жили хорошо. Она работала медицинской сестрой в больнице. Больной по характеру был всегда ревнивым, несколько вспыльчивым, однако до крупных конфликтов не доходило. Алкогольными напитками не злоупотреблял. Приблизительно с 50 лет стал рассеянным, забывчивым, снизилась работоспособность. Часто жаловался на головную боль, шум в голове, головокружение. Стал слезливым, крайне раздражительным. Выполнять привычную работу стало очень трудно. Приобрел блокнот для различных записей по работе; без этого не мог обходиться, ткк как многое забывал, путал. Нарушился сон, стала нарастать слабость, начало преобладать тревожное, паническое настроение. Часто сокрушался по поводу ухудшающегося здоровья, плакал. Постепенно становился также все более эгоистичным. На этом фоне несколько лет назад стал ревновать жену к соседу, к старшему сыну, грозил обоих убить. Перестал ходить на работу, не спускал глаз с жены и соседа. Свм из дома никуда не отлучался. Ночами не спал. Быстро худел, ткк квк перестал есть. Настроение было подавленное, часто был злобным. Ревность вначале то усиливалась, то ослабевала, но уже в течение 3 лет она стойки и без лечения не проходит. Состоит по этому поводу на учете в психоневрологическом диспансере, имеет инвалидность II группы по психическому заболеванию. Неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу. Данная госпитализация — шестая за 3 года. Поводом для «срывов» являются прекращение приема лекарств и алкоголизация.

При первом поступлении в больницу жаловался на головную боль, головокружение, шум в ушах, слабость, периодические обмороки. Отмечены выраженные нарушения соматической сферы — глухость тонов сердца, рассеянные сухие хрипы в легких, артериальное давление 135/100 мм рт. ст. Одышка, быстрая утомляемость. Больной выглядит старше своих лет. Кожа сухая, истощенная, тургор кожи и мышц снижен. Неврологический статус — правый зрачок шире левого, реакции на свет удовлетворительные; двусторонний симптом Маринеску, слегка выраженный хоботковый рефлекс; сухожильные рефлексы оживлены. На глазном дне — вигносклеротические изменения сосудов сетчатки.

Психический статус. Снижение памяти по дисмnestическому типу, затруднение смыслообразования на фоне эмоциональной слабости с легким переходом от благодушия к слезам. Отмечен бред ревности примитивного содержания, «мвного масштаба»: считает, что жена изменяет ему с соседом и даже со старшим сыном. Волнуется, рассказывая об этом, обижается на жену, которая так ему «отплачивает за любовь». В приемном отделении пытался удирить жену, сопровождавшую его, злился на нее, кричал, плакал, весь дрожал. При вопросах на другую тему быстро успокаивался, начинал улыбаться. В мышлении обстоятельность, особенно когда речь идет о переживаниях бреда ревности. Других бредовых идей, галлюцинаций не обнаружено.

В отделения через несколько дней перестал активно высказывать бред ревности, стал спокойнее. Еще некоторое время при затрагивании врачом в беседе темы ревности продолжал утверждать, что жена действительно ему изменяла, но, по-видимому, осознала это и прекратила. Вскоре появилась формальная критика к бредовым переживаниям, говорил, что неправильно вел себя дома по отяжению к жене, «зря ревновал» и т. п. Оставался благодушным. С женой и детьми встречался охотно, но и с яицами, ин с врачом старался в разговоре не касаться семейных дел. Через месяц после поступления был выписан домой по просьбе жены, которой пообещал «не заниматься глупостями».

В течение нескольких месяцев, пока принимал лекарства, вел себя спокойно. Однако жена и дети стали замечать, что больной «глупеет»: стал забывать даже текущие события, например, обедал он или нет. Иногда плохо узнавал окружающих. Память периодически то ухудшалась, то вроде восстанавливалась. Участливы обмороки. Жалобы на головную боль и головокружения сделались более упорными. На фоне благодушия стали проявляться частые эмоциональные разряды по типу аффекта, дисфорические состояния. Прекратил прием лекарств, начал время от времени употреблять спиртные напитки. Затем опять появилась ревность к жене, причем более выраженная, чем раньше. Ревновал ее не только к соседям, но и к обоим сыновьям. Дрался, вооружался топором и грозил убить всех троих. В связи с этим был направлен в психиатрическую больницу. Там обнаружилось, что больной недостаточно ориентирован во времени, плохо осмысливает ситуацию. С первых дней стал говорить, что плохо вел себя дома, «наверное, без памяти был». Говорил, что зря ревновал жену, обижал соседа и сыновей. Такое быстрое снижение активности бредовых высказываний было связано, очевидно, с приемом нейролептиков. После исчезновения психотического состояния в психическом статусе преобладали нарушения психики атеросклеротического генеза, теперь уже близкие к деменции. Через 18 дней выписан из больницы.

Следующая госпитализация через 2 мес. Бред ревности появился через месяц после выписки. Его фабула не изменилась. По-прежнему ревновал жену к соседям, сыновьям, был злобным, пытался драться, грозил «всех поубивать». В больнице бред быстро редуцировался. Отмечено выраженное слабоумие. Насчет поведения и высказываний дома стал проявлять формальную критику: «Больной бил, собирая, что попал». Выписан через 15 дней. Продолжался дома около 7 мес, что объяснялось более строгим, чем раньше, контролем со стороны членов семьи за приемом лекарств и исключением употребления спиртных напитков. Затем опять состояние ухудшилось, причем в поведении появились язвенные черты: стал требовать водки, учил скандалы, если ему отказывали. Говорил, что водка нужна, чтобы успокоить головную боль. Жаловался на то, что появляется боль в глазах, «кровь давят на голову», сильно кружится голова, отнимаются ноги. Временами падал или ложился в постель я подолгу лежал, держась за голову. Стремился уходить из дома, ночами совершенно не спал. Возобновился бред ревности в виде отдельных грубых высказываний в адрес жены. Был агрессивен. В больнице обнаружены фрагментарные бредовые идеи ревности, выраженное слабоумие: не мог произвести простой счет, понять простые яиструкции и выполнить их. Больной бесполезно суетлив, слабодушил, ничем не интересуется, к близким безразличен. Во время последней госпитализации, связанной с уходами больного из дома и блужданиями по городу, родные уже не указывали на бред ревности у больного.

Итак, в данном случае у больного относительно молодого возраста, страдающего церебральным атеросклерозом с изменениями личности по типу органического психосиндрома, возник эндоформный атеросклеротический психоз с парапояльным бредом ревности. Бред был изолированным, маломасштабным, элементы систематизации проявлялись в виде включения в бред в качестве любовников жены весьма ограниченного числа новых лиц из ближайшего окружения (сначала ревновал жену к соседям, знакомым, а затем к своим сыновьям). Естественно, что такая динамика психоза должна рассматриваться с учетом развития у больного явлений атеросклеротической деменции. Это значительно снижало вероятность систематизации бреда, обусловливало ограниченность его распространения на узкий круг лиц, выраженнуюrudиментарность фабулы и «вербальных структур» [Терентьев Е. И., 1982] бреда, а в дальнейшем его полную редукцию. В этом, впрочем, могут также проявляться и особенности склеротического мышления — застrevание, плохая переключаемость, сниженная продуктивность и др.

Нам отмечено, что психические состояния как бы изменяли темп и качество развития атеросклеротических изменений психики и личности в целом в сторону более быстрого прогрессирования деменции. Причиной этого следует, по-видимому, считать то, что сами психотические состояния наступают в связи с резкими сдвигами в атеросклеротическом процессе [Poser C. et al., 1964].

Бред ревности при старческих психозах

Приступая к рассмотрению особенностей бреда ревности при старческих психозах, приходится констатировать, что недостаточное освещение данного вопроса в литературе создает большие трудности. Возможности сравнения собственных наблюдений с данными литературы по вопросам структуры бреда ревности, взаимоотношений с другими видами бреда, изменениями личности, слабоумием различной тяжести ограничены. В известной степени это можно связать с тем, что «большинство... больных с нерезко выраженным психическими расстройствами, т. е. нарушениями и психотического уровня или негрубыми проявлениями органической деменции, остаются в старости вне психиатрического

наблюдения» [Гаврилова С. И., Киржанова В. В., 1983]. Мы могли бы продолжить эту мысль: вне наблюдения могут оставаться и больные с бредовыми состояниями, в частности с бредом ревности. Следует согласиться с Н. Ф. Шахматовым (1981), который указывает на то, что сужение объема, упрощение, уменьшение размаха самого психического расстройства могут обуславливать уменьшение масштабов переживаний, бедность нюансировок, схематичность, каркасность симптоматики. Это, судя по нашим наблюдениям, также может быть причиной того, что больные не направляются к психиатру, так как семейное окружение не считает их больными. Данное обстоятельство особо значимо по отношению к больным старческими психозами с симптомами и синдромами бреда ревности: число описаний бреда ревности при данных психозах неуклонно снижается.

Исследованные нами случаи расценены в диагностическом отношении как психотическая форма сенильной деменции с ведущим паранойяльным синдромом бреда ревности. Наблюдались 18 больных в возрасте 65—76 лет (15 мужчин и 3 женщины)¹. Более половины этих случаев составили внебольничные наблюдения. Признаки сенильного слабоумия отнесены к начальным, они проявлялись в основном в изменениях ядра личности, сенильной психопатизации, сенильных изменениях характера [Scheid K., 1933].

Психотические расстройства развиваются на фоне уже отчетливых изменений личности... «сенильного» типа или начального снижения уровня психической деятельности, в частности, нарушений памяти и снижения уровня суждений [Штериберг Э. Я., 1977].

Бред ревности характеризовался у таких больных бедностью деталей, стандартностью высказываемых обвинений. Как правило, отмечалось половое возбуждение той или иной степени, причем, для того чтобы быть в состоянии совершать половые акты, больные принимали тонизирующие средства (пантокрин). Они были озлоблены, иногда агрессивны по адресу воображаемых соперников жены — лиц из ближайшего окружения больных (подчас ближайшие родственники, даже собственные дети). У 3 больных (мужчин) появилась склон-

¹ Отмеченнная Э. Я. Штерибергом (1977) закономерность — большая заболеваемость женщин сенильной деменцией, по-видимому, проявляется в меньшей мере среди больных с психотическими состояниями, включающими бред ревности.

ность к выпивкам. Может представить интерес тот факт, что появление в структуре психических нарушений бреда ревности несколько неожиданным образом отражалось на состоянии больных: они становились активнее, энергичнее; угююмость и хмурая нелюдимость зачастую сменялись нерезкой эйфорией с болтливостью, настроение могло колебаться от эйфории до озлобленности. Несмотря на возникновение психотического состояния с бредом ревности, больные иногда оставались дома по мигу месяцев. Нам известны случаи, когда такие больные вообще не попадали в больницу. Их терпели дома, невзирая на трудности совместного проживания. Отметим, что это в значительной мере диктуется сохраняющимися еще в народе представлением о том, что можно «помешаться от старости». Это рассматривается как одно из более или менее обычных ее проявлений. Указанное обстоятельство следует учитывать как препятствующее полному выявлению старческих психозов, в частности с бредом ревности [Терентьев Е. И., 1972; Шахматов Н. Ф., 1981; Bergnd A., 1983; Linn M., Gurell L., Williford W. et al., 1985; Hsu I., Tseng W. Sh., Ashton G. et al., 1985].

При поступлении больных в психиатрическую больницу явления начального периода болезни восстанавливались их супругами по памяти, почти всегда недостаточно полно и последовательно. Фабула бреда ревности («первичная фабула» — Е. И. Терентьев, 1982) была примитивной, «вербализация» сводилась к стереотипному повторению одних и тех же высказываний на протяжении продолжительного времени, иногда нескольких лет. Довольно скоро после появления бреда ревности к его высказываниям присоединялись угрозы расправы в адрес жены, а также соседей мужского пола, сыновей и других мужчин, находящихся в окружении больных. Так же рано отмечали «защитные действия» [Терентьев Е. И., 1982], которые в ряде случаев были первыми признаками бреда ревности. Высказывания бреда ревности сводились к утверждениям, что «жена ходит к соседу»; «старуха бегает по другим квартирам, устраивает проституцию»; «нет жития от жены и сына, которые живут друг с другом» и т. п. К бреду ревности часто присоединялись бредовые идеи отравления, порчи, колдовства. Больные, которые ранее не были религиозными, начинали много говорить о боге, молиться. Указанные бредовые идеи были связаны по содержанию с бредом

ревности, темы отравления, порчи и колдовства отражали представления больных о соответствующей угрозе со стороны жены и «любовников».

Ни в одном случае у обследованных нами больных не было установлено повышение сексуального интереса к малолетним, что считается типичным для сенильного слабоумия у мужчин [Lemke R., Rennert H., 1960]. Объяснение заключается, по-видимому, в том, что эти сексуальные нарушения развиваются раньше, чем бредовые (на стадии психопатоподобных изменений личности). Тем не менее важно выявлять эти сдвиги, особенно у больных с бредом ревности, который сам имеет сексуальное содержание, поэтому больным могут быть свойственны и различные сексуальные нарушения и сдвиги. Больные способны их скрывать, так как на описываемой стадии сенильной деменции они еще в значительной мере интеллектуально сохранны, несмотря на грубые изменения личности. Указанные действия больных могут обеспечиваться мерами предосторожности, что повышает их опасность для малолетних. Супруги больных об этих их особенностях говорят редко и неохотно.

Указанные угрозы жене и «любовникам», как и «защитное поведение», носили гротеский характер.

Одни из наших больных говорил жене: «Если будешь ходить к соседу Ваське, кулаком убью тебя и его», — и для пресечения подобных «поступков» жены оплетал проволокой окна и двери своего дома. Несмотря на гротескное звучание угроз, больные нередко совершали в отношении ревнивых жен агрессивные действия, вооружившись топором, ножом и т. п.

По мере нарастания слабоумия бредовые идеи ревности и связанные с ними идеи порчи, колдовства, отравления утрачивали актуальность, блекли. В связи с прогрессированием у больных церебрально-склеротических нарушений в структуре рассматриваемого синдрома все чаще выступали конфабуляции, а интерпретативные компоненты бреда становились все более скучными. Бред становился фрагментарным, редуцированным, утрачивалась связь его содержания с внешними обстоятельствами [Mayeur-Gross W., 1950]. Конфабуляции не отражали прошлых переживаний, а были связаны с нарушениями памяти, подчленены тематике ревности. С нарастанием слабоумия конфабуляции становились менее выраженными, а затем исчезали.

Если бред ревности алкогольного генеза, бред при

инволюционных психозах, шизофрении «требовал» для своего возникновения присутствия жены и «любовников», наличия обстоятельств, делающих возможными их контакты (не обязательно сексуальные), то здесь это условие не было необходимым. Бред ревности, например, мог проудцироваться путем включения в качестве «любовников» жены соседей по палате, которые не могли иметь никаких контактов с супругой больного. Иными словами, бред ревности в данном случае утрачивал всякие признаки «внутренней логики», был подчеркнуто нелепым, отражая влияние слабоумия. Еще один существенный момент, характеризующий бред ревности при рассматриваемом психозе: он мог исчерпываться однократными высказываниями, которые не фиксировались в памяти больных, поэтому даже по одному и тому же поводу бред каждый раз высказывался как бы заново. Этим может быть отчасти объяснена его нестойкость, крайняя схематичность, «каркасность» [Шахматов Н. Ф., 1970]: его составные части никак не соотносились между собой, каждая из них существовала весьма кратковременно, нередко всего несколько часов. Фрагментарность, нестойкость бреда ревности была особенно выражена в конце бредовой стадии данного психоза, уже при грубых нарушениях интеллекта.

Бред ревности при рассматриваемом психозе у женщин сочетался с подавленностью, озлобленностью в адрес мужа, причем эти аффективные проявления были довольно стойкими. Структура бреда была простой, в нем звучали, кроме обвинения мужа в неверности, также упреки в том, что он ждет смерти больной и подыскивает другую жену. Каких-либо обоснований этих обвинений больные не приводили, высказывания были моноитонными, монотематичными, новая продукция выступала редко. Озлобленность часто проявлялась не только по отношению к мужу, но и к детям, внукам, которых больные тоже обвиняли в желании их смерти. Бред ревности в этих случаях развивался на фоне начинающегося слабоумия, которое прогрессировало и влияло на содержание и высказывания бреда. Сначала он обосновывался тем, что муж «чересчур жадно» смотрит на других женщин, «готов съесть глазами». В этот период в результате ретроспекции переживаний больные могли актуализировать какие-либо эпизоды прежних лет совместной жизни, подвергая их переработке в плане бреда ревности. Конкретных «любов-

ниц» обычно не называли, ревновали к родственницам, к соседкам. Высказывания были «застывшими», их содержание долго не изменялось. «Защитное поведение» не имело очевидных проявлений. Угроз расправы с мужем и «любовницами» больные не высказывали, но могли замахнуться, ударить. Повышения интереса к сексуальным вопросам ни в одном случае не отмечалось. Больные были неряшливы, за собой не следили, питались нерегулярно. К попыткам заставить их следить за собой, нормально пытаться относились негативно, озлоблялись, особенно если заботу проявлял муж. В некоторых случаях больные вообще переставали принимать пищу, так как боялись быть отравленными. Они сильно худели, слабели, и это в свою очередь связывали с тем, что их отравили. В дальнейшем, по мере нарастания явлений сенильной деменции, бредовые расстройства исчезали.

Таким образом, бред ревности у женщин при сенильной деменции с ведущим паранойяльным синдромом отличался еще более выраженной монотонностью проявлений, чем у мужчин. Бредовое поведение не имело активных проявлений, в нем отсутствовали такие феномены, как защитное, садистско-мазохистское поведение и др.

Других различий, обусловленных половой принадлежностью больных, отметить не удалось.

При рассматриваемом бредовом синдроме в структуре сенильного психоза мы не отметили существенной динамики не только в виде его усложнения по типу систематизации, но и в виде изменений по типу динамогенеза со сменой синдромов. Это можно объяснить прогрессированием слабоумия — единственным фактором, воздействие которого вело к видоизменению бредовых картин. Такая динамика проявлялась в плане все большего и большего их упрощения, т. е. происходила не прогрессивность, а редукция бредового синдрома.

Подводя итог изложению клинических наблюдений по бреду ревности при психозах позднего возраста, отметим, что при этой патологии нам удалось чаще, чем при других психозах, видеть влияние одних бредовых идей на другие, в частности, трактовку бреда ревности в рамках тематики других бредовых идей («любовники жены с нею заодно, хотят убить, отравить»). В этих случаях бред ревности служил своеобразным опосредующим звеном чувственного восприятия действительности,

играл роль материала бредовой трактовки¹. Он как бы олицетворял ее для больного, играя в этом отношении одноковую роль с галлюцинациями, иллюзиями и другими нарушениями чувственностью основы восприятия, которые являются общепринятыми «стимуляторами» бредообразования. Рассматривая данный вопрос с точки зрения общей психопатологии, можно обратиться за аналогией к работам Е. К. Краснушкица (1960), который указывал на так называемые субординированные формы болезней и синдромов, когда одна болезнь или синдром вытекает из другой болезни или синдрома. По-видимому, можно говорить и о своеобразной «синтропии» между различными психопатологическими симптомами и синдромами. К числу таких «синтропий» относится своеобразное средство бреда ревности и бреда порчи, колдовства; алкоголизма и бреда ревности. Отражение в бреде одного содержания влияния бреда другого содержания — это тоже своего рода «синтропия».

В литературе имеются указания на то, что ниволюционные психозы часто начинаются в связи с психическими травмами. У нас создается впечатление, что это не психические травмы в общепринятом понимании, а плоды восприятия и болезненности переработки обычных условий, в которых больные жили до развития ниволюционного психоза. Так, мы отметили, что у больных пресенильным параноидом бредовой комплекс, включающий бред ревности, несмотря на «малый масштаб», характеризовался активностью проявлений, клинической яркостью, сложностью конструкции. Бред как бы отражал ситуационные затруднения в жизни больных, осознание ими факта своего увядания. Большое значение имела динамика психопатологических явлений в смысле их убывания или нарастания под влиянием положительных или отрицательных ситуационных моментов. Очевидно, в данном аспекте можно даже ставить вопрос о разграничении симптомов, вызванных самим психозом и реакцией на нарушение правильного взаимодействия с внешней средой, при данном заболевании в разные возрастные периоды [Чудин А. С., 1980; Jähnig H., Littmann E., 1985; Brice P., 1986]. Так, например, хорошее отношение

¹ На возможность подобного рода бредовой трактовки различных психопатологических феноменов указывал С. Г. Жислин (1965), который считал, что в таких случаях в представлении больного создается ситуация, «аналогичная реальной».

мужа к жене, которая больна пресенильным параноидом, может интерпретироваться ею как бредовым образом, так и психологически адекватно. Особенное это качественное различие выражено тогда, когда супруги больных относятся к ним плохо и действительно им изменяют. Впрочем, не исключено, что здесь вступают в действие механизмы, аналогичные тем, которые имел в виду E. Kretschmer (1927) при описании сенситивного бреда отношения. Мы даже склонны считать, что под влиянием этого условия иниволяционный психоз с самого начала может приобретать характер (форму) иниволяционной меланхолии. Иниволяционный параноид в такой семейной ситуации включал в исследованных нами случаях депрессивно окрашенные переживания. В клинической картине преобладали идеи ущерба, собственной неполноты, угрозы своему благополучию в смысле одиночества в старости и т. п. Бред ревности в таких случаях не преобладал в синдроме.

Подчеркиваемый в литературе «малый масштаб» бреда ревности и других видов бреда при иниволяционных параноидах имеет как бы свой прообраз в соответствующих житейских ситуациях и «моделях поведения», которые определенным образом копируются при этих психозах. Однако это, по-видимому, имеет значение не на всех стадиях болезни. Судя по нашим наблюдениям, рассмотренные особенности клиники пресенильных психозов были представлены в таком виде, если они возникали в начале иниволяционного периода (48—55 лет). По отношению к больным этого возраста можно было говорить об определенной сохранности реактивных систем психики. Так, Ю. И. Леонова (1965) сообщает о непостоянстве и изменчивости бредовых идей при иниволяционных психозах, о зависимости их возникновения от психических травм. «Бредовые идеи у пресенильных больных имеют свои особенности. Они, как правило, связаны с определенной ситуацией, включают патологическую переработку реальных событий», — утверждает В. Е. Рожнов (1965).

При атеросклеротических психозах психотравмирующие и другие ситуационные и социально-психологические факторы не имели настолько большого значения для патопластики бреда ревности и других психопатологических симптомов и синдромов. Их значение зачастую было не более чем провоцирующим. При старческих психозах эти факторы уже в начальных стадиях бредо-

вых состояний подвергались трансформации в плане слабоумия и бреда, без каких-либо проявлений их «психологической понятности». Их провоцирующего влияния при старческих психозах мы не отметили.

Таким образом, бредовые идеи ревности в структуре психозов позднего возраста характеризуются клиническим полиморфизмом. Им также свойствен ряд особенностей, определяемых, с одной стороны, факторами, обуславливающими нозологическую специфичность психопатологических симптомов и синдромов, а с другой — факторами, нивелирующими эту специфичность. Основными в числе последних являются поздний (старческий) возраст больных и изменения личности в результате прогредиентного течения психоза и прогрессирования слабоумия [Котов В. П., 1974].

Глава 9.

ДИНАМИКА БРЕДА РЕВНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ.

ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Задачи исследования. Состояние проблемы по данным литературы

При написании этой книги мы отчетливо представляли себе, что ни одно серьезное клиническое исследование не может считаться законченным без рассмотрения вопросов лечения и реабилитации больных. При исследовании психических заболеваний с бредом ревности, изменения социально-личностного статуса этих больных, а также влияния различных факторов (микросоциальных, культурных и др.) можно не только выяснить закономерности психических нарушений, но и показать, как они проявляются в динамике болезненного процесса на разных его стадиях под влиянием лечения и реабилитации больных.

Среди психических нарушений бред ревности представляет собой весьма сложное и полиморфное клиническое явление. Его особенности обуславливают необходимость и особого подхода к вопросам реабилитации таких больных. Разумеется, они составляют иерархическое целое с вопросами лечения, в связи с чем и принято говорить о лечебно-реабилитационных подходах. В настоящее время эти подходы требуют коренных изменений,

чему может способствовать «реабилитационная психология» [Кабанов М. М., 1985]. Ее методы и методики позволяют психиатрам правильно оценить личностный и социальный статус пациента, провести при необходимости коррекцию его ценностных ориентаций и создать благоприятную терапевтическую среду.

Кроме проблемы реабилитации, при изучении бреда ревности возникает, вполне естественно, и ряд проблем, специально связанных с лечением психопатологических состояний с этим бредом. Например, ряд авторов указывают на терапевтическую резистентность бреда ревности, причем нередко вне зависимости от его нозологической принадлежности [Тарасов Г. К., 1956; Mooney H., 1965; Вегнер Р., 1965; Shepherd M., 1967]. Иногда утверждают, что лечение паранойяльных форм бреда ревности вообще часто оказывается неэффективным [Mondoloni P., 1979, и др.]. Несколько иначе смотрят на результаты психофармакологической терапии психозов с бредом ревности C. Langfeldt (1961), который считает, что прогноз полностью зависит от основного заболевания. Например, «у психопатов и слабоумных» бред ревности имеет тенденцию к приобретению свойств хронической патологии или к обострениям «при малейшей провокации»; при экзогенных психозах, в том числе алкогольных, прогноз, по наблюдениям автора, значительно лучше, что, однако, не подтверждается нашими многолетними наблюдениями. У N. Retterstöл (1967) нет определенной точки зрения на прогноз при патологической ревности. Он считает, что алкоголизм не ухудшает прогноза, а значительно более существенна в этом плане роль социальных условий. В этом с автором трудно согласиться, так как алкоголизм сам по себе является фактором социальной дезадаптации и социальной деградации. В наших наблюдениях алкоголизм существенно ухудшал прогноз. Данные H. Hippius (1972), M. Bernard, R. Migay (1986) совпадают с нашими. Довольно оптимистично смотрит на терапию патологической ревности Ф. Ф. Детенгоф (1965), который считает, что современные методы лечения дают возможность исцеления в случаях такой патологии, в том числе при алкогольном бреде ревности. L. Landman, E. Diszes с соавт. (1972) лечили с неплохими результатами «болезниенную ревность» проперицизином.

Представляют интерес в общепсихиатрическом аспекте исследования Т. Я. Хвиливицкого и соавт. (1961), указывающего, что применение нейролептиков позволяет достаточно полно оценивать терапевтическую

чувствительность различных симптомов и синдромов, неоднородность которой зависит не только от характера психопатологического феномена, но и от того, в какую синдромологическую структуру он включен. Например, бред ревности в составе галлюцинаторно-параноидного синдрома устраивается легче, чем «аутализированный систематизированный бред», вообще трудно поддающийся лечению. Последние положения находят подтверждение в работах Г. Н. Соцевич (1963), С. Astrup (1969) и др.

В книге Г. Я. Авруцкого, А. А. Недуви (1981) имеются указания на неплохие результаты лечения паранойяльного бреда ревности галоперидолом, метеразином, которые «с самого начала терапии наряду с антипсихотическим действием вызывают у больных ощущение витальной полноценности с возникновением более стеничных установок личности». Заметим, что и нам перспективы терапии паранойяльного бреда ревности не представляются традиционно пессимистическими, особенно если терапию нейролептиками сочетать с реабилитационными подходами [Geiser R., Hoche L., King I., 1988; Santos Al., Robertson W., 1988].

Заслуживает внимания работа Е. Д. Краснка (1975), в которой клинически обосновывается реабилитация больных с доминирующим паранойяльным синдромом ревности. Автор отмечает, что приводимые в литературе реабилитационные программы таких больных сводятся к медикаментозным воздействиям и что исследователи обращают внимание на резистентность описываемых состояний к медикаментозным и биологическим методам терапии; социальные и трудовые аспекты реабилитации изучаются ими сравнительно мало. Говоря о лечении психозов с бредом ревности, он указывает, что наиболее эффективно в этом отношении длительное применение галоперидола и трифтазина; не противопоказано в надлежащих случаях проведение алкогольно-антабусных реакций, апоморфинотерапии и применение сенсибилизирующих препаратов пролонгированного действия. И. В. Стрельчук (1966, 1970) полагает, что больным с бредом ревности при алкоголизме надо рекомендовать полное воздержание от алкоголя. Из нейролептиков он советует применять аминазин, галоперидол, эленинум, параллельно с ними витамины группы В, сульфат магния (при алкогольных параноидах с бредом ревности). Описывая эффект нейролептиков, автор говорит, что бредовые идеи ревности под влиянием лечения теряют свою актуальность и аффективную окраску. Г. М. Энтин (1979) считает оправданным

лечение больных с систематизированным алкогольным бредом ревности аминазином, правда, рекомендует недостаточные, нам кажется, дозы препарата — от 100 до 300 мг/сут; рекомендует сочетать медикаментозное лечение с постоянным психотерапевтическим воздействием на больного путем убеждения в болезненном характере идей ревности¹. Кроме амиазина, автор рекомендует применять галоперидол и трифтазин, но дозы указывает тоже недостаточные; считает показанной и инсулийотерапию шоковыми дозами. Отдельные авторы лечили больных с бредом ревности мажептилом и указывают на хороший эффект при дозах препарата от 60 до 90 мг/сут в течение 2—3 мес.

Таким образом, данные, касающиеся терапии психозов с бредом ревности, довольно противоречивы. В них не придается должного значения изологии патологической ревности, синдромологии, стадиям психозов, особенностям нарушений соматовегетативной, а также половой сферы на высоте болезненного процесса [Laux G., Reitner F., 1979; Loo P., 1979, и др.]. В связи с этим лечебные меры представляются неполными; они, как правило, не сочетаются с реабилитационными мероприятиями.

Обоснование терапевтических подходов. Терапевтическая тактика при лечении больных с бредом ревности

Проведенные нами и нашими сотрудниками клинические исследования, касающиеся состояния эмоциональной сферы больных с паранойальным бредом ревности при различных психозах, особенностей «бредового поведения», в частности постоянного садистско-мазохистского поведения, при котором отмечается выраженное половое возбуждение, повышение уровня стероидных гормонов [Тамашунене Л. А., 1975; Минутко В. Л., 1982], позволяют расценивать состояние таких больных как хронический «эмоциональный стресс» [Lacey I., Kagan M. et. al., 1963; Франкеихойзер М., 1970; Леви Л., 1970], способствующий упрочению переживаний бреда ревности. Не случайно, например, Е. Блейлер (1929) придавал значение в развитии паранойи перевесу аффекта над логикой.

¹ С этим нельзя согласиться, так как невозможность коррекции бреда — одна из его основных характеристик.

Е. Мейег (1910) также подчеркивал повышенную аффективность парапонков-ревнивцев, сутяг и др.

Очевидна необходимость на начальных этапах лечения больных с бредом ревности антострессовых терапевтических мероприятий¹: применение сначала сульфозина, а затем комбинации нейролептиков и центрального М-холиноблокатора метамизина (по 1—2 мг 2—3 раза в день в течение 10—15 дней). Одновременно назначается в течение 2—3 нед оказываемый седативное и энергообеспечивающее действие на уровне клетки препарат аспаркам (панангин) по 1—2 драже 2—3 раза в сутки (заявка на изобретение МКИ³ А61 В 10/00 за 1984 г.). По предварительным наблюдениям (28 случаев), эта методика позволяет сократить сроки лечения на 30—45 дней по сравнению с методикой, предложенной нами ранее [Терентьев Е. И., 1982]. Она также исключает побочные явления, связанные с применением симпатолитиков орнида и фентоламина.

В случаях резко выраженной диссоциации между сосредоточением внимания больных на сексуальных вопросах и ограниченной способностью совершать половые акты (это было типичным для больных с алкоголизмом бредом ревности, больных шизофренией в сочетании с алкоголизмом либо для больных с конституционально высокой половой активностью, а также в некоторых случаях для больных с психозами позднего возраста) стрессовое эмоциональное напряжение было особенно сильным и постоянным. У больных относительно молодого возраста нередко наблюдали состояния выраженного полового возбуждения². В таких случаях дополнительно проводилось следующее лечение: 1) диета с исключением острых блюд, пряностей, специй; повышенное употребление сахара; 2) водные процедуры; 3) днательная обработка крестца, гальванизация и другие электропроцедуры; 4) бромистые препараты; 5) гормональные препараты (андростерон), 6) витамины А и Е.

Из нейролептиков применялся аминазин (300—600 мг/сут), не утративший своего значения в лечении паранойальных форм бреда ревности до настоящего времени. Более того, в наших наблюдениях он в значительном числе случаев превосходил по терапевтическому эффекту такие нейролептики, как трифтазин (стелазин), метеразин, уступая лишь галоперидолу. Г. Я. Авруцкий, И. Я. Гурович и В. В. Громова (1974) указывают на эф-

¹ Больным старческого возраста антострессовое лечение не проводилось.

² Во время стресса вообще наблюдается глубокое воздействие на функции желез внутренней секреции, в том числе на половые железы [Cushing H., 1913].

фективность аминазина при хронических бредовых состояниях, в том числе паранойяльных. При прочих равных условиях, полагают авторы, глубина и стойкость воздействия аминазина определяется выраженной аффективной обусловленностью. Аффективно окрашенный, хотя и систематизированный, бред ревности неплохо поддается лечению аминазином, причем имеют значение «структурные особенности аффекта».

Больным с бредом ревности мы сразу назначали довольно высокую дозу нейролептика с быстрым наращиванием до максимальной (индивидуальной!) дозы, которую больной получал до 3—6 нед. Это соответствовало принципу интенсивной терапии. Такое лечение быстро вело к глубокому и стойкому блокированию аффективных компонентов бреда ревности, снижению актуальности переживаний и их «монотемизации» с редкими «прорывами» вовне в высказываниях и специфическом (садистско-мазохистском) бредовом поведении по отношению к жене при ее посещениях больного в стационаре и дома при «пробных» выписках. Однако все это проявлялось наrudиментарном уровне. Наряду с этим у больных все более расширялись круг и тематика контактов как с женой и родными, так и с врачом, медицинским персоналом, другими больными. Это вело к «вербальным разрядкам», чemu в настоящее время придается большое значение в образовании «терапевтических коллективов» [Кабанов М. М., 1983; Waldman K. et al., 1972], представляющих собой непременные и обязательные компоненты терапии средой. Речь при этом идет также об устраниии аутизма, делающем больного способным к восприятию реалистической информации из окружающей среды и создающем конкурентные отношения между патологическими переживаниями и переживаниями, вытекающими из реальной ситуации [Вовин Р. Я., 1983].

Обычно через 1—1,5 мес после начала комплексного лечения нейролептиками (в сочетании с «антистрессовой» и общеукрепляющей терапией) психическое состояние больных существенно улучшалось по сравнению с таким при поступлении в клинику. Система бреда продолжала подчас существовать, но была явно менее выражена, не пополнялась новой продукцией; высказывания больных, а также бредовое поведение постепенно утрачивали активный характер. Создавалось впечатление, что и сосредоточенность больных на сексуальных

вопросах становилась менее выраженной. Деятельность по «разоблачению» жены чаще всего прекращалась, больные теряли к ней интерес. Эмоциональное напряжение, связанное с идеями ревности, ослабевало. Больные становились мягче, откровение в высказываниях, более охотно, чем раньше, соглашались выслушивать советы и рекомендации врачей. При дальнейшем пребывании в больнице эффект лечения закреплялся. Бредовая система инкапсулировалась и переставала определять для больных круг ценностных ориентаций. Таким образом, первой (условно выделяемой) фазой терапевтического применения нейролептиков было их воздействие на аффективную сферу больных, что вело к снижению «выключающей силы аффекта» [Блейлер Е., 1929] по отношению к логике и в результате — к снижению актуальности бреда. Во второй фазе лечения нейролептиками преследовалась цель повлиять уже на сам бред по механизмам общего и элективного антипсихотического действия, «расшатывания» системы бреда, воздействия на психоз в целом. Применились нейролептики с более мощным антипсихотическим действием, чем аминазин, — лепоинекс, этаперазин, метаразин, мажептил и др. в средине терапевтических дозах в течение 1,5—2 мес.

В далеко зашедших случаях алкогольного бреда ревности, т. е. в III стадии клинического течения (в том числе при длительном «монотонном» течении других психозов с паранойяльным бредом ревности — шизофрении, инволюционных и других психозов позднего возраста), мы наблюдали эффект от применения нейролептиков с выраженным антипсихотическим действием с первых дней пребывания больных в стационаре (минуя лечение аминазином с целью блокады аффекта). Дело в том, что для такого рода состояний характерна как бы остановка в развитии бредовой системы, даже ее некоторая редукция; бредовые высказывания становятся монотонными и стереотипными, богатство интерпретаций инвертируется, аффективная насыщенность бреда в этот период уже относительно слаба.

Поскольку речь идет о таком бреде, при котором большое клиническое значение имеют сексуальные нарушения, бесспорно, они влияют на ход и результаты терапии. Следует учитывать и тропизм психофармакологических препаратов в отношении половой сферы. В данной связи можно назвать работу F. Flach, P. Regan (1959), лечивших хлорпромазином больных с сексуальным возбуждением, причем у большинства отмечено улучшение. R. Greensberg (1965) наблюдал у части больных, получавших тофрапинил, отсутствие эрекции, что он связывает

с атропиноподобным действием препарата¹. Н. В. Иванов (1966) говорит о хорошем эффекте аминазина при чрезмерном повышении сексуального влечения. Напомним, что последнее отмечалось у наших больных при садистско-мазохистском поведении. Устранение этих явлений в процессе лечения нейролептиками можно в определенной степени связать с рассматриваемыми особенностями действия этих препаратов.

Возвращаясь к вопросу о лечении алкогольного бреда ревности (процесс лечения этого психоза «моделирует» во многих аспектах вообще лечение больных с бредом ревности), следует отметить, что когда этот психоз протекал с явлениями вторичной депрессии, со склонностью к дисфорическим состояниям и агрессивными тенденциями (экзациербации у лиц с выраженным резидуальным органическими проявлениями, например, после травмы), мы прибегали к комбинации нейролептиков с антидепрессантами — мелипрамином, амитриптилином в обычных дозах. Для более правильного подхода к терапии алкогольного бреда ревности мы учитывали и тяжесть самого алкоголизма. Например, больным, у которых психоз сопровождался тяжелым алкоголизмом, сразу после госпитализации одновременно с «антистрессовой» терапией проводилось развернутое дезинтоксикационное и общеукрепляющее лечение (глюкоза и хлорид кальция внутривенно, витамины группы В, кислород под кожю, сиотворные и др.). При лечении больных с менее тяжелыми проявлениями алкоголизма ограничивались седативными средствами, витаминоtherапией.

При других алкогольных психозах (алкогольный паранонд, алкогольный делирий) лечение было направлено на их основные проявления. Бред ревности, не представляя самостоятельного психопатологического явления в структуре этих психозов, особого лечения не требовал, обычно он прекращался одновременно с их окончанием, за исключением случаев резидуального бреда ревности, наблюдавшегося обычно недолго.

При лечении бредовых идей ревности в рамках шизофрении мы пользовались комбинацией 2—3 нейролептиков. Дозы подбирались всегда индивидуально, с учетом структуры психопатологического синдрома, а также возраста больных и противопоказаний к применению того

¹ I. Kotin, D. Wilbert, D. Verburg с соавт. (1976) наблюдали возникновение расстройств половой функции у большого числа психически больных мужчин, получавших нейролептиканы: у леченных тиоридазином отмечалась затрудненная эякуляция, а у принимавших хлорпромазин, хлорпротиксей, галоперидол и др. — слабость эрекции.

или иного лекарства. Практиковались схемы лечения несколькими препаратами (трифтазин—мелипрамин—элеинум; трифтазин—моднтен-депо; фреонолон—этаперазин—реланиум и др.). Один препарат выделялся как основа терапевтического действия (галоперидол, аминазин, фреонолон и др.), другие являлись дополнительными. Так, при ведущем паранойальном синдроме бреда ревности в качестве основного препарата применяли аминазин, галоперидол, а для усиления «антибредового» действия — трифтазин. С большим успехом назначали как вспомогательные (дополнительные) препараты трисадил, пропазин, меллерил и сонапакс (особенно больным пожилого возраста), этаперазин, метеразин.

При депрессивно-тревожных и депрессивно-паранондных состояниях (приступы шубообразной шизофрении) лечение проводилось эглонилом (300—500 мг/сут), карбидином (100—175 мг/сут), хлорпротиксеном (200—400 мг/сут), френолоном (30—60 мг/сут), меллерилом либо сонапаксом (200—400 мг/сут). Эти нейролептики применялись в сочетании с амитриптилином, азафеном, реже (при депрессивно-паранондных состояниях без тревоги) с мелипрамином в обычных дозах.

Нейролептики (аминазин, реже галоперидол, трифтазин) для лечения сверхценных синдромов ревности назначали в сочетании с транквилизаторами (чащеrudотель утром и днем, феназепам на ночь) и психотерапией, в основном рациональной. Под влиянием такой терапии быстро наступало смягчение аффекта, и к концу 3—4-й недели больные становились доступными, охотно делились болезненными переживаниями. При выписке все они имели ровное, устойчивое настроение, были критичны к прежним высказываниям. Тем пациентам, у которых сверхценные идеи ревности проявлялись на фоне резидуально-органических энцефалопатических состояний (органических психосиндромов), проводилась терапия, направленная на уменьшение астенических явлений (витаминные группы В, С, Р, препараты женьшения, элеутерококка, внутривенные вливания сульфата магния, седативные, снотворные средства). Некоторым больным с неплохими результатами применялась гипносуггестивная терапия.

Следует согласиться с мнением о том, что все психически больные пожилого возраста нуждаются в неспецифической общеукрепляющей терапии [Авербух Е. С., 1969]. В связи с дефицитом витаминов у людей пожилого

возраста и стариков мы назначали таким больным комплексы витаминов, включающие витамины группы В, С, никотиновую кислоту, витамины А, Е. Применялась настойка элеутерококка, так как имеются специальные указания на мягкий стимулирующий эффект этого препарата [Голубева Е. А., 1964]. Для устранения или коррекции изменений минерального обмена мы назначали этим больным препараты калия, магния, фосфора, ограничивающая введение в организм натрия, хлора, кальция. Проводимая по такой схеме общеукрепляющая терапия улучшала самочувствие пациентов, делала их бодрее и активнее, с ними легче устанавливался контакт, в связи с чем синдромы бреда ревности оказывались психопатологически и клинически в более «чистом» виде, без психогенных и выраженных ипохондрических наслаждений.

Однако больные пожилого и старческого возраста значительно более чувствительны к лекарственным препаратам, чем молодые [Freeman I., 1963; Leake C., 1963]. При лечении бредовых состояний у стариков следует применять нейролептики преимущественно мягкого действия. В связи с повышенной чувствительностью к нейролептикам таким больным назначают меньшие дозы препаратов для достижения терапевтического эффекта. Если последний недостаточен, то можно прибегать к комбинации нейролептиков, а также к их сочетанию с антидепрессантами.

Лечение психофармакологическими препаратами больных инволюционными психозами, включающими бред ревности, проводилось по обычным схемам, с учетом характера синдромов и их «оттенков» (тревожно-активированные, тревожно-депрессивные). Из нейролептиков применялись аминазин, хлорпротиксен, тизерции в дозах 250—300, 150—300, 100—200 мг/сут соответственно. Из антидепрессантов назначали амитриптилин до 150 мг/сут. При резкой выраженности бреда и его терапевтической резистентности дозы указанных нейролептиков увеличивались. Иногда вместо них с хорошим эффектом применялся трифтазин (до 50 мг/сут) либо галоперидол в сочетании с триседилом (до 30 мг/сут и 6 мг/сут соответственно).

Терапия атеросклеротических психозов с бредом ревности была направлена, с одной стороны, на уменьшение гемодинамических нарушений и склеротических явлений (симптоматическая терапия), а с другой — на устранение сосудистого психоза. Как при сосудистых, так и

при сенильных психозах антидепрессивная терапия проводилась малыми дозами препаратов: амиазин — 50—75 мг/сут, галоперидол до 15 мг/сут, триседил — до 2—4 мг/сут, тизерин — до 75 мг/сут. В некоторых случаях с терапевтической резистентностью психопатологической симптоматики, в том числе бреда ревности, применялись комбинации названных нейролептиков с амитриптилином или азафеном, а также с транквилизаторами (при тревожных переживаниях). Неплохое действие оказывали внутривенные капельные вливания седуксена в дозе от 5 до 10 мг ежедневно в течение 2 нед.

Выше приводились данные ряда авторов о терапевтической резистентности бредовых идей ревности. Наши исследования тоже позволяют считать, что эти идеи в какой-то мере терапевтически резистентны. Однако с теми авторами, которые указывают на резистентность бреда ревности вообще, независимо от его проявлений и изологии, мы не можем согласиться. По-видимому, следует говорить о большей или меньшей терапевтической резистентности идей ревности, входящих в структуру паранойальных синдромов. Бред ревности, наблюдающийся при параноидном синдроме, остром параноиде, помрачениях сознания, а также резидуальный бред ревности терапевтически резистентными назвать нельзя. В наших наблюдениях самым резистентным в терапевтическом отношении был алкогольный бред ревности. Затем, в порядке убывания резистентности, следовали паранойальные синдромы бреда ревности при шизофрении, сосудистых, инволюционных и старческих психозах.

Некоторые вопросы реабилитации больных

Социальная реабилитация изучаемой категории больных имеет ряд важных особенностей. Например, известно, что бред ревности характеризуется определенной диссоциацией поведения больных, вызванной бредовым состоянием. Обычно больные не порывают контактов с семьей и более широким человеческим окружением, причем общение это формально правильно (речь идет о поведении, как связанном, так и не связанном с бредом ревности). Больные в процессе общения фиксируют те или иные факты, события, в том числе подвергающиеся бредовой интерпретации. Общение может характеризоваться отрицательными установками в отношении окру-

жающих, нередко близких людей, родственников, друзей, не говоря уже о резко отрицательном отношении к жене. В результате межчеловеческие коммуникации больных зачастую непродуктивны, наступает все большее отчуждение больного, его своеобразная самоизоляция. Задачей проводимых реабилитационных мероприятий в этом случае является восстановление продуктивных коммуникаций больного. Этим следует заниматься как в процессе, так и по окончании курсового лечения. Кроме того, и это очень существенно, особенности клиники и психопатологии бреда ревности при различных психозах отражают влияние на его патопластику социально-психологических, биологических и социально-культурных факторов. Отсюда вытекают особенности реабилитационных подходов. Они состоят прежде всего в том, что во многих случаях нет необходимости в профессиональной реабилитации, поскольку трудоспособность больных не страдает. Особенности поведения, связанные с бредовыми переживаниями, проявляются прежде всего в домашней обстановке, в кругу семьи. Следовательно, речь должна идти в основном о восстановлении и закреплении таких больных в семье, а не вне ее [Терентьев Е. И., 1982]. Однако проблема заключается не только в том, что семья — это среда, куда при благоприятном развитии реабилитационного процесса должен возвращаться больной. Сейчас семья рассматривается и как среда (имеющая те или иные социометрические показатели), из которой больной может преждевременно попадать снова в психиатрический стационар в связи с дефектами ее реабилитационных функций [Vaughn C., Leff I., 1976; Vaughn C., Snyder K. et al., 1984; Hsu I., Tseng W.-Sh. et al., 1985; Kendler K. et al., 1985] либо долго и в хорошем состоянии удерживаться в ней [Мишина Т. М., 1983; Данилов Ю. М., 1984; Готовиг Е. А., 1985; Тиболова А. У., 1985; Hatfield A., 1979; Bernd A., 1983; Becker K., 1984; Davis K., 1985; Jahoda A., Markova J. et al., 1990].

В рассматриваемом аспекте может представить определенный интерес работа K. Ernst (1985), который, в частности, указывает, что изучение роли психотерапии при шизофрении получило новый стимул для своего дальнейшего развития благодаря исследованиям, показавшим, что эмоциональное напряжение во взаимоотношениях между больными и некоторыми («сверхэмоциональными») родственниками может провоцировать рецидивы болезни.

Al. Santos, W. Robertson (1988) сообщают о программе тренинга для психически больных в обществе (США, штат Висконсин). Демонстрация проекта этой программы показала, что это оправдывающий себя документ. Стратегия тренинга и консультативного сервиса показывает, что эта модель может быть адаптирована на других местных уровнях.

Это, по нашему мнению, особенно значимо для больных с бредом ревности. Так, заслуживают внимание работы Е. А. Готвиг (1985), изучавшей некоторые региональные культурные особенности в семьях населения Северного Кавказа (см. главу 5). Автором установлено, что благоприятная семейная среда в регионе способствует сохранению той социометрической структуры, которая имела место до болезни. Это благотворно влияло на больных, они довольно долго оставались в «компенсированном» состоянии (в смысле отсутствия высокоактуальных переживаний бреда и агрессивного поведения). Обострения иногда удавалось купировать амбулаторно, не прибегая к повторным госпитализациям.

В связи со своеобразием тематики бреда больные постоянно на всех этапах психических заболеваний находились в тесном социальном окружении, стремились к нему, из него брали «факты», подвергавшиеся бредовой трактовке. Потребность в социальных контактах сохранялась у них и при снижении актуальности бреда и являлась основой восстановления утраченных на высоте болезни интересов, привязанностей. Из реабилитационных мероприятий исключалась, как уже говорилось, профессиональная реабилитация (за исключением случаев алкогольного бреда ревности при тяжелом алкоголизме). На этапе социальной реабилитации в основном восстанавливалось и закреплялось положение больных в семье и от части за ее пределами [Терентьев Е. И., Мурашковский Л. Л., 1973].

Мы поддерживаем точку зрения относительно необходимости госпитализации больных с бредом ревности. В частности, это весьма эффективная мера предотвращения их опасного поведения [Sparre F., Atkinson R., 1986]. Однако этим значение госпитализации не ограничивается. В стационаре меняется поведение психически больных людей [Hirschowitz R., 1969; Kayser H., 1972, и др.], создаются «терапевтические коллективы» [Кабанов М. М., 1985; Waldman K., Greger I. et al., 1972], возникает «лечебная среда» [Edgas H., 1985, и др.]. Наши наблюдения свидетельствуют о большом значении госпитализации в воздействии на больных с целью изменения интерперсональных отношений в семье и восстановления их положения в обществе. Нам

удалось выделить связанные с госпитализацией факторы социальной коррекции, специфические для больных с бредом ревности [Терентьев Е. И., 1982].

Таким образом, сама больничная среда оказывает лечебное воздействие. Кроме того, на современном уровне развития психиатрии эту среду можно и должно приспосабливать к определенным задачам психотерапии и социальной реабилитации, на что возлагаются большие надежды. Представляет интерес работа Р. А. Наджарова (1969), в которой автор указывает: «Сейчас, на основе разумного сочетания принципов биологического и социального воздействия, необходимо по-новому подойти к разработке всего комплекса вопросов, связанных с психиатрической больницей». Проблемы будущего психиатрических больниц обсуждались на симпозиуме в Копенгагене в 1979 г. О необходимости реорганизации психиатрических больниц в плане «гуманизации» говорил К. Winkler (1975).

Исходя из такого рода взглядов, мы подчеркиваем, что для больных с бредом ревности как фактор социального воздействия остается в силе и изолирующая функция больницы, и ее учрежденческая, официальная сущность. Мы полностью согласны с М. М. Кабановым (1978) в том, что основу реабилитации составляет перестройка системы отношений личности. Именно это и достигается госпитализацией в рассматриваемом плане.

Нами совместно с Е. А. Готвиг разработаны 3 этапа лечебно-реабилитационных мероприятий, которые можно применять в отношении всех представленных выше изологических групп больных. Первый этап начинался сразу после госпитализации больных и включал в себя активную психофармакологическую терапию в сочетании с созданием вокруг больного «терапевтической среды». Это достигалось путем использования наряду с налаживанием с больными доверительных контактов продуктивных контактов с другими пациентами, а также некоторых принципов групповой психотерапии, например, принципа «лечебной перспективы». Имеется в виду побуждение недавно поступивших больных к общению с теми пациентами, которые готовятся к выписке в связи с хорошим терапевтическим эффектом. Условно мы определяем длительность данного периода от 15—20 дней (алкогольный бред ревности, шизофрения в сочетании с алкоголизмом) до 20—30 дней (параийальный бред

ревности в рамках «чистой» шизофрении, пресенильных, атеросклеротических и сенильных психозов; сверхценные синдромы ревности).

Второй этап характеризовался расширением и углублением «лечебно-средовых» воздействий, включая работу врача в этом направлении, взаимно-индуktивные влияния больных друг на друга, а также вовлечение жены и родственников больных в социотерапевтическую работу. Все это происходит при нарастающей под влиянием лечения дезактуализации бреда, расширении круга интересов, замене поглощенности личности бредовыми переживаниями реальными интересами и ценностями, в том числе семейными и более широкими социальными. Ближе к завершению данного этапа следует практиковать отпуска и «пробные выписки». За 10—15 дней до выписки «основной» нейролептику (аминазин, галоперидол) следует заменить нейролептиками с более мягким и в то же время более общим антипсихотическим действием в средних дозах, имея в виду их длительное применение для поддерживающего лечения. Больным шизофренией (в том числе поздней), поступившим в связи с неизвестным обострением паранойяльного бредового синдрома, в качестве такой замены назначают этаперазин или метаизин; то же относится к больным сосудистыми и возрастными психозами, но в меньших дозах; если выход в ремиссию характеризуется апатическим симптомо-комплексом (шизофрения, в том числе в сочетании с алкоголизмом, возрастные и сосудистые психозы), то неплохой эффект дает назначение для поддерживающей терапии меллерина (сонапакса), который при инволюционных психозах применяется в минимальных дозах. Длительность данного этапа — около 2 мес.

Третий этап — амбулаторное наблюдение и длительное поддерживающее лечение наряду с постоянной работой по социальной реабилитации. Успех терапии рассматриваемого контингента больных со стойкой дезактуализацией бреда может быть достигнут лишь при длительном, практически непрерывном поддерживающем лечении. Данный этап имел в наших наблюдениях различную длительность, что определялось временем наступления рецидивов болезненного процесса. Это чаще всего происходило в связи с семейными непримиримостями, алкоголизацией пациентов либо прекращением поддерживающей терапии. При шизофрении такие экзацербации нередко были спонтанными. Именно на этом этапе боль-

шая роль принадлежит щадящим семейным условиям, а также адекватному отношению к больным сотрудникам по работе и соседей по месту жительства. Важной проблемой является установление максимально доверительных контактов врача с родственниками и супругами больных, что облегчает лечение, контроль за его правильным и регуляриным осуществлением, профилактику опасного поведения больных, а также наблюдение за ходом реабилитационного процесса и оказание необходимой социальной помощи больным и их близким в той или иной ситуации.

Эффект всех звеньев терапии и реабилитации в наших наблюдениях выражался существенными положительными сдвигами в состоянии больных; в частности, это касалось в той или иной степени их социального восстановления. Бред ревности все больше дезактуализировался, неприязнь к супругам или враждебные тенденции сменялись зачастую довольно теплым к ним отношением. Больные говорили, что «простили» супругам их ошибки — «чего не бывает!» и т. п. Все это, на наш взгляд, важный критерий социальной коррекции, восстановления ценностных ориентаций, вхождения в жизнь: у больных появлялась возможность подойти к разрешению проблемной ситуации с нравственных позиций высшего, социального уровня, тогда как раньше, на высоте проявлений бреда ревности, эмоции, относящиеся к взаимоотношениям с женой, были более низкого порядка. В дальнейшем больные начинали проявлять интерес к домашним делам, обсуждать с женой перспективы семейной жизни, строить более реальные планы на будущее. Таким образом, можно было уже говорить о восстановлении у них «утраченных критериев выбора» [Кербиков О. В., 1971] внутри семьи.

Очень важным фактором снижения реабилитационных возможностей больных с бредом ревности является алкоголизм. В наших наблюдениях алкогольные эксцессы, как правило, резко ухудшали состояние больных, которые получили комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий и восстановили свой общественный и семейный статус. Даже при паранойяльных состояниях в рамках шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом, эффект лечения и реабилитации был слабее, чем при «чистой» шизофрении.

Подводя итог вопросам терапии и реабилитации больных с бредом ревности и сверхценными идеями ревности.

при различных психических заболеваниях, отметим необходимость многостороннего подхода к обоснованию, планированию и осуществлению лечебных мероприятий в зависимости от нозологической принадлежности психического заболевания, структуры и выраженности проявлений «целостного» синдрома, влияний среды (в том числе семейных, других микросоциальных, а также социально-культурных факторов), возраста и т. д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема патологической ревности, в первую очередь бреда ревности, и в наше время остается актуальной, что связано как с большой социальной значимостью, так и с недостаточной изученностью ряда ее важных аспектов (отсутствие надежных диагностических, нозологических и дифференциально-диагностических критериев, неясность и неопределенность современного понимания вопросов бредообразования, а также динамики, характерной для систематизации при бредовых синдромах, отсутствие точных сведений о синдромальных формах рассматриваемого бреда и т. д.).

Многообразные методы исследования позволили рассмотреть изучаемую проблему в разных аспектах, в тесной взаимосвязи относящихся к ней вопросов. Анализ ряда нозологических форм паранойального бредового синдрома с ведущими идеями ревности с учетом влияния большой группы факторов может, по-видимому, иметь значение как один из принципиально приемлемых подходов к изучению проблемы паранойи, в частности для уточнения психопатологии первичного бреда, некоторых закономерностей клинической динамики паранойальных синдромов и др.

Нозологические формы в наших наблюдениях соответствуют общепринятой классификации психических заболеваний, сопровождающихся бредовыми идеями ревности (алкогольные психозы, шизофрения, психозы позднего возраста), и сверхъенных идей аналогичного содержания (органические психосиндромы и реактивные раздражения при психопатиях). Совершенно очевидно, что бред ревности наблюдается при тех заболеваниях, которые образуют как бы центр клинической проблематики в психиатрии, являются ведущими нозологическими формами. Это еще раз свидетельствует о важности изучения бредовых идей ревности как весьма существенной струк-

турной части этих заболеваний, своего рода «диагностического подспорья» [Тимофеев Н. Н., 1955].

Основной синдром, представленный в монографии, — паранойяльный, который является, как известно, «эталоном» первичного бреда. Именно на этой его синдромологической модели удается вплотную подойти к изучению самой структуры бредовой идеи, ее «идеаторного стержня». Попытку такого рода мы делали в прежних работах. В ходе многолетних исследований мы пришли к следующему убеждению. По-видимому, когда описывается синдром паранойяльного бреда в целях нозологической идентификации, определения его содержания, сравнительного анализа и сопоставления с «классическими» определениями и т. д., важно учитывать и поведение, и притязания больных, и динамику болезни с преобразованием синдрома, как это принято в клинической практике и в научных исследованиях. Однако для изучения сущности бредовой идеи (стойкость, истинность идеи в представлении больных, ее непреложность, сила убежденности в собственной правоте, невозможность коррекции при очевидной, казалось бы, несостоятельности идеи, ее несоответствии действительности и др.) возникает необходимость подвергнуть анализу как раз сам «идеаторный стержень» бреда, попытаться построить концептуальную модель паранойяльного бреда в целом и отдельных разновидностей паранойяльных синдромов. Предложенное нами в этих целях понятие «первичной фабулы» бреда отвечает этим задачам. Кроме того, оно полностью согласуется с концепцией К. Ясперса (1946) о структурном и динамическом признаках первичного бреда, которые легли в основу формулы «процесс — развитие».

Бред (ревности и др.) со всеми особенностями его сюжетных разработок в большинстве случаев строго идентичен у разных больных в рамках определенного содержания. В этом отражается его сущность как патологического явления, обусловливающего нивелирование индивидуальных особенностей, присущих здоровой психике, стандартизированного, сводящегося к более или менее ограниченным видам продукции, в направлении которых идет систематизация бреда. Именно в этом смысле сюжетные линии бреда тесно связаны в мотивационном отношении с «первичной фабулой», как бы закодированы в ней.

Мы сочли целесообразным в целях изучения психопатологии бреда обратиться к анализу письменной про-

дукции больных в виде дневниковых записей, так как это дает большие возможности для новых подходов к научному рассмотрению данной проблемы, исключает индуктирование больных, а также «дополнительную» аффективную напряженность переживаний, обычно проявляемую больными в беседе с врачом, когда затрагиваются субъективно высокозначимые вопросы взаимоотношений с супругами. В письменной продукции больных в «истинном» виде отражается интеграция их бредовых построений с окружающей обстановкой [Mayeg-Gross W., 1950], чего мы не наблюдаем при опросах больных относительно тематики их бреда и подчас что-то домысливаем, «моделируем», исходя из понятий нормального отражения действительности. Данная методика изучения бреда имеет и другие преимущества перед «традиционным», что показано в соответствующих разделах главы 3.

Данные, полученные в ходе разработки и применения тестовой методики разграничения бреда ревности, сверхценных идей и нормальной ревности, свидетельствуют о том, что достоверным признаком бреда ревности можно считать более глубокое по сравнению с нормальной ревностью влияние на устойчивость личности. Изменяются в своей сущности эмоциональные реакции и состояние больных [Терентьев Е. И., Мурашковский Л. И., 1973; Башкиров В. М., Терентьев Е. И., 1975], причем можно говорить о сдвиге эмоций в той или иной степени к излишним, «физиологическим» уровням, о выражением сосредоточения внимания на сексуальной сфере. Этот сдвиг обусловливает и аффективную насыщенность переживаний, их напряженность, что поддерживает актуальность бреда. При нормальной ревности внимание не имеет столь явной «сексуальной» направленности (как и при сверхценных идеях ревности), эмоции характеризуются относительным многообразием, в котором проявляются индивидуальные особенности личности. Кроме того, динамика реакций ревности и их эмоциональных компонентов при нормальной ревности подчиняется физиологическим закономерностям деятельности нервной системы (речь идет о нормальных пределах работоспособности, истощении по мере увеличения нагрузок, подавлении другими впечатлениями и, иаконец, нормализации). При этом сохраняются и психологические закономерности эмоциональной деятельности. Ревность постепенно изживает себя, ситуация разрешается, факт изменины теряет актуальность.

При решении вопросов об использовании средств психофармакологии для лечения психических заболеваний принципиально важным моментом является разработка концептуальных моделей терапии. Изучаемый материал формализуется на основании огромного числа «терапевтических экспериментов» [Хвиливицкий Т. Я., 1961]. Так, нам отмечено, что терапевтическое воздействие на бред ревности при помощи психофармакологических средств облегчает понимание значения эмоциональных факторов в генезе и обратной динамике данного бреда. Это связано с особенностями действия нейролептиков и эффектом «антистрессовой» терапии. Речь идет о терапевтическом результате, основанном в значительной мере на снятии у больных эмоционального напряжения, что позволяет изучать бред как бы в «чистом» виде, т. е. более или менее независимо от других психопатологических феноменов, с которыми он обычно сочетается. Обусловленная этим способность больных более адекватно реагировать на те или иные раздражители (включая социальные) дает возможность своевременно воздействовать на них в социально-реабилитационном отношении. В результате изучения психозов с бредом ревности до начала лечения, во время курсовой терапии и по ее окончании удается установить, какие проявления болезни обусловливают ее терапевтическую резистентность и затрудняют социальную адаптацию и социальное восстановление больных [Кабанов М. М., 1983]. Это как раз и позволяет использовать принципы моделирования при разработке терапевтических мероприятий с учетом влияния факторов, одни из которых способствуют успеху лечебно-реабилитационных воздействий, а другие служат препятствием для их осуществления.

Предпринятое изучение и статистический анализ «вербальных структур» бреда ревности при алкогольной паранойе, представляющих собой «субстрат» систематизации бреда, его расширение, превращения в полностью сформированный паранойальный синдром, позволили углубить понимание закономерностей их проявления на разных стадиях психоза, установить их взаимосвязь с определенными формами «бредового поведения» (в нашем понимании. — Е. Т.). Изучение «бредового поведения» имеет и самостоятельное значение, о чем может свидетельствовать дальнейшая разработка вопроса о его садистско-мазохистской форме. Садистско-мазохистские

феномены и другие сексуальные нарушения при бреде ревности являются важным патопластическим фактором психопатологической продукции этого бреда. Однако их роль этим не ограничивается, так как они продолжают влиять на бредовые симптомы и синдромы ревнивого содержания и после сформирования психоза, обусловливая своеобразие его клинических картин, особенности других форм «бредового поведения», а также способствуя восприятию и переработке под определенным углом зрения, т. е. в плане «спервичной фабулы» бреда, разного рода индифферентных обстоятельств.

Результаты исследований, представленные в данной монографии, могут вызвать интерес в практическом и научном отношении. Кроме того, будучи принятыми за основу, они могут способствовать дальнейшему продуктивному изучению рассматриваемой проблемы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ¹

Авруцкий Г. Я., Гурович Н. Я., Громова В. В. Фармакотерапия психических заболеваний. — М.: Медицина, 1974. — 471 с.

Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных (руководство для врачей). — М.: Медицина, 1981. — 496 с.

Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. — М.: Медицина, 1988. — 495 с.

Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 447 с.

Анашкина Л. М. О сравнительной эффективности некоторых методов терапии больных приступообразной шизофренией с депрессивными приступами//Журн. невропатол. и психиатр. — 1990. — Т. 90. — Вып. 7 — С. 90—94.

Банщиков В. М. Атеросклероз сосудов мозга с психическими нарушениями. — М.: Медицина, 1967. — 296 с.

Банщиков В. М., Терентьев Е. И. О современных воззрениях на некоторые вопросы нозологии, психопатологии и психопластики паранойальных синдромов//Актуальные вопросы клиники и нозологии паранойальных состояний: Тез. докл. объединенной конференции Всероссийского и Кемеровского обществ невропатол. и психиатр. — Кемерово, 1975. — С. 5—17.

Бассин Ф. В., Рожнов В. Е. О современном подходе к проблеме неосознаваемой психической деятельности (бессознательного).//Вопр. философии. — 1975. — № 10. — С. 94—103.

Белкин А. И. Мифы и реальность//Мед. газета от 8 января 1989 г. — № 4 (4865).

Бехтель Э. Е. Денозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986. — 272 с.

Бехтерев В. М. Избранные произведения. — М.: Медгиз, 1954. — 528 с.

Библер В. С. Мишление как творчество. — М.: Изд-во полит. литературы, 1975. — 399 с.

Бимбер Х. Стойкие психопатические состояния, патологические реакции и развитие//Клиническая психиатрия/Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мицлера/Пер. с нем. — М.: Медицина, 1967. — С. 150—157.

Васильченко Г. С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. — М.: Медицина, 1969. — 183 с.

Висс Р. Клиника алкоголизма//Клиническая психиатрия/Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мицлера/Пер. с нем. — М.: Медицина, 1967. — С. 166—191.

Вовин Р. Я. О соотношении фармакологических и психосоциальных воздействий в процессе реабилитации психически больных//Актуальные аспекты реабилитации больных психическими заболеваниями и алкоголизмом: Тез. докл. совм. научно-практик. конференции Института им. В. М. Бехтерева и каф. психиатрии Курского мед. института. — Курск, 1983. — С. 23—26.

Вольперт И. Е. Сновидения в обычном сне и гипнозе. — Л.: Медицина, 1966. — 276 с.

Гаврилова С. И. Выявляемость психических расстройств в пожилом и старческом возрасте//Журн. невропатол. и психиатр. — 1984. — Т. 84, Вып. 6. — С. 914—918.

¹ Приведена основная литература.

Ганнушкин П. Б. Избранные труды. — М.: Медицина, 1964. — 291 с.

Гиляровский В. А. Психиатрия. — М.: Медгиз, 1954. — 515 с.

Горский Д. П. Логика. — М.: Гос. уч.-пед. изд-во Министерства просвещения РСФСР, 1963. — 292 с.

Горский М. Собрание сочинений в 30 томах. — М.: Государственное издательство художественной литературы, 1949. — Т. 2.

Гурдорж Ц., Терентьев Е. И. Архны хардах дээмийрний эмнэл зүй, тууний тогтоц бурэлдэхүүн эмнэг зүйн асуудалд//Монгол дахь мэдрэл сэтгээцийн овчний суудалгаа. 5-р дэвтэр/Ред. Ш. Доржжадамба. Улаанбаатар: Улсын хэвлэлийн газар, 1969 — С. 51—62.

Гурдорж Ц., Терентьев Е. И. Монгол ундэсний зарим зан заншил туун сэтгэц — эруул ахуйн ач хол багдол//Монгол дахь мэдрэл сэтгээцийн овчний суудалгаа. 5-р дэвтэр/Ред. Ш. Доржжадамба. — Улаанбаатар: Улмын хэвлэлийн газар, 1969. — С. 63—68.

Давыдовский И. В. Методологические основы патологии//Вопр. философии. — 1968. — № 5. — С. 84—95.

Дементьев А. П., Исаевич Н. Е., Каширова Т. Д. и др. Бред ревности в судебно-психиатрическом аспекте и практике принудительного лечения//Журн. невропатол. и психиатр. — 1963. — Т. 63, Вып. 10. — С. 1554—1563.

Дубровский Д. И. Психические явления и мозг. Философский анализ проблемы в связи с некоторыми актуальными задачами нейрофизиологии, психологии и кибернетики. — М.: Наука, 1971. — 386 с.

Жариков Н. М. Психозы в предстарческом и старческом возрасте// Руководство по судебной психиатрии/Под ред. акад. АМН СССР Г. В. Морозова. — М.: Медицина, 1977. — С. 225—235.

Жариков Н. М., Соколова Е. Д. Проблема и значение транскультуральных исследований в психиатрии//Журн. невропатол. и психиатр. — 1982. — Т. 82, Вып. 5. — С. 695—699.

Жариков Н. М. Эпидемиология психических болезней//Руководство по психиатрии. В 2 томах/Под ред. акад. АМН СССР А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — С. 224—231.

Жариков Н. М., Урсова Л. Г., Хрипиник Д. Ф. Психиатрия. — М.: Медицина. — 1989. — 496 с.

Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М.: Изд-во МГУ, 1986. — 286 с.

Иванов В. А. Налудность и шизофрения (Бред и шизофрения). — София: Медицина и физкультура, 1981. — 152 с.

Ихамов А. Клинико-патогенетические аспекты патологического преморбидного при алкогольных психозах//Журн. невропатол. и психиатр. — Т. 90. — Вып. 2. — С. 47—51.

Имелинский К. Сексология и сексопатология/Пер. с польск. — М.: Медицина, 1986. — 424 с.

Кабанов М. М. Очередные задачи на пути развития концепции реабилитации психически больных//Новое в теории и практике реабилитации психически больных/Под ред. М. М. Кабанова. — Л., 1985. — С. 5—15.

Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. — 2-е изд., доп. и перераб. — Л.: Медицина, 1985. — 215 с.

Калинина Н. П. Патологическая ревность. — Горький. Волго-Вятск. кн. изд-во, 1976. — 200 с.

Качаев А. К. Алкогольный параноид//Руководство по судебной психиатрии/Под ред. акад. АМН СССР Г. В. Морозова. — М.: Медицина, 1977. — С. 261—263.

Качаев А. К., Иванец Н. Н., Шумской Н. Г. Алкогольные бредовые психозы//Алкоголизм (руководство для врачей)/Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — С. 276—278.

Кербиков О. В. Шизофрения//О. В. Кербиков, М. В. Коркина, Р. А. Наджаров, А. В. Снежневский. Психиатрия/2-е изд., перераб. — М.: Медицина, 1968. — С. 242—289.

Кербиков О. В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 312 с.

Кноблохова И., Кноблох Ф. Семейная форма психотерапии//Семейная психиатрия и проблемы психогигиены в Европе//Пер. с англ. — Женева: ВОЗ, 1966. — С. 76—107.

Колбановский В. Н. Выступление на симпозиуме//Личность: Матерялы симпозиума. — М., 1971. — С. 95—105.

Концевой В. А., Медведев А. В., Костикина И. Е. О современном состоянии проблемы поздних параноидов//Актуальные вопросы психиатрии: Материалы 1-й научной отчетной сессии СФ ВНЦПЗ АМН СССР. — Томск, 1982. — С. 112—113.

Корсаков С. С. Избранные произведения. — М.: Медгиз, 1954. — 608 с.

Котов В. П. Дифференциальная диагностика бредовых психозов позднего возраста в аспекте задач судебно-психиатрической экспертизы//Журн. невропатол. и психиатр. — 1974. — Т. 74, Вып. 9. — С. 1375—1380.

Красик Е. Д. Клиническое обоснование реабилитации больных с доминирующим паранойальным синдромом ревности//Актуальные вопросы клиники и нозология паранойальных состояний: Тез. докл. совм. научно-практ. конференции Всероссийского и Кемеровского обществ невропатол. и психиатр. — Кемерово, 1975. — С. — 30—35.

Краснушкин Е. К. Избранные труды. — М.: Медгиз, 1960. — 608 с.

Красоевич Л. Семья как фактор реабилитации и ресоциализации больных//Труды Ленинградск. научно-исслед. психояеврол. ин-та. — Л., 1983. — Т. 103. — С. 37—39.

Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия//Пер. с нем. — Харьков, Издание книжного магазина В. и А. Бяюковых, 1887. — 128 с.

Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов//Пер. с нем. — М., 1912.

Крепелин Э. Введение в психиатрическую кляннику. Т. 1. Общий обзор. — 4-е изд./Пер. с нем. — М. — Пг., 1923. — 155 с.

Леви Л. Эндокринные реакции во время эмоционального стресса// Эмоциональный стресс//Пер. с англ. — Л., 1970. — С. 225—234.

Лейбович Ф. А., Шириня М. Г. Биоэлектрическая активность коры мозга и особенности психопатологических расстройств при некоторых формах церебральных сосудистых нарушений//Журн. невропатол. и психиатр. — 1965. — Т. 65, Вып. 6. — С. 874—878.

Леонтьев А. Н. Деятельность и личность//Вопр. философии. — 1974. — № 5. — С. 65—78.

Лунц Д. Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. — М.: Медицина, 1966. — 236 с.

Майский И. М. Монголия накануне народной революции. — М., 1957.

Молохов А. Н. Об общественно опасных действиях больных шизофренией//Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, — 4-й: Тез. докл. — М., 1963. — С. 496—498.

Морозов В. М. Микросоциология и психиатрия//Журн. невропатол. и психиатр. — 1964. — Т. 64, Вып. 2. — С. 146—156.

Морозов Г. В., Иванец Н. Н. О некоторых клинических закономерностях лечения алкогольных психозов//Журн. невропатол. и психиатр. — 1975. — Т. 75. — Вып. 11. — С. 1705—1710.

Морозов Г. В. Шизофрения//Руководство по судебной психиатрии/ Под ред. акад. АМН СССР Г. В. Морозова. — М.: Медицина, 1977. — С. 126—158.

Наджаров Р. А. Психиатрическая больница в свете современных теоретических направлений в психиатрии//Журн. невропатол. и психиатр. — 1969. — Т. 69, Вып. 10. — С. 1441—1447.

Наджаров Р. А. Формы течения//Шизофрения. Мультидисциплинарное

исследование/Под ред. акад. АМН СССР А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1972. — С. 16—76.

Наджаров Р. А. Шизофрения. — Справочник по психиатрии/Под ред. акад. АМН СССР А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1985. — С. 83—100.

Опры И. А. Клинические аспекты патологической ревности. — Кишинев: Штиинца, 1986. — 184 с.

Пападопулос Г. Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика). — М.: Медицина, 1975. — 192 с.

Перельман А. А. Очерки расстройств мышления. — Томск: Изд-во Томск. уни-та, 1957. — 117 с.

Петраков Б. Д. Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке (Социально-гигиеническое исследование). — М.: Медицина, 1972. — 300 с.

Печерникова Т. П. Парапоидальные состояния в динамике психопатий. //Журн. невропатол. и психиатр. — 1979. — Т. 79, Вып. 9. — С. 1579—1583.

Платонова Т. П. О клинических вариантах течения смешанных форм шизофрении//Журн. невропатол. и психиатр. — 1967. — Т. 67. Вып. 1. — С. 96—102.

Полищук И. А. Биохимические синдромы в психиатрии. — Киев. Здоров'я, 1967. — 135 с.

Поляков Ю. Ф. Психология и психиатрия//Журн. невропатол. и психиатр. — 1971. — Т. 71; Вып. 6. — С. 821—831.

Полов Е. А. О классификации половых извращений//Проблемы психиатрии и невропатологии. — М., 1941. — С. 529—537.

Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. — Л.: Медицина, 1973. — 368 с.

Рахальский Ю. Е. Психозы галлюцинаторно-бредовой группы при заболеваниях сосудов в пожилом возрасте//Психопатология пожилого возраста. Шизофрения. — Оренбург, 1970. — С. 51—56.

Роговик М. Психический стресс и психические расстройства (по материалам зарубежных исследований)//Журн. невропатол. и психиатр. — 1962. — Т. 62, Вып. 11. — С. 1731—1740.

Святощ А. М. Женская сексопатология. — Л.: Медицина, 1974. — 183 с.

Смулевич А. Б., Ширина М. Г. Проблема парапоидии (парапоидальные состояния при эндогенных и органических заболеваниях). — М.: Медицина, 1972. — 183 с.

Смулевич А. Б. Малопрогredientные шизофрении и пограничные состояния/АМН СССР. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.

Снежневский А. В. О старческом слабоумии (к проблеме «слабоумие и психоз»)//Журн. невропатол. и психиатр. — 1949. — Т. 49, Вып. 3. — С. 16—23.

Снежневский А. В. О воззрительной специфичности психопатологических синдромов//Журн. невропатол. и психиатр. — 1960. — Т. 60, Вып. 1. — С. 91—108.

Снежневский А. В. Об особенностях течения шизофрении//Журн. невропатол. и психиатр. — 1960. — Т. 60, Вып. 9. — С. 1163—1175.

Снежневский А. В. Клиническая психопатология//Руководство по психиатрии: В 2 томах/Под ред. акад. АМН СССР А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 16—93.

Суховский А. А. Клиника и течение парапоидальной шизофрении в позднем возрасте//Журн. невропатол. и психиатр. — 1977. — Т. 77, Вып. 9. — С. 1377—1382.

Тамашунене Л. А., Емельянова Л. Н. К вопросу о лечении и реабилитации больных алькогольными моносиндромами ревности//Актуаль-

ные вопросы клиники и нозологии паранойальных состояний. — Кемерово, 1975. — С. 106—109.

Тамашунене Л. А. Об идеях ревности в состоянии опьянения у алкоголиков//Актуальные вопросы клиники и нозологии паранойальных состояний. — Кемерово, 1975. — С. 112—116.

Терентьев Е. И., Мурашковский Л. Л. Об особенностях реабилитации больных параноидной шизофренией с бредом ревности//Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями: Материалы Плеинума Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. — Л., 1973. — С. 136—141.

Терентьев Е. И., Терентьев А. Я. Некоторые вопросы симптоматики и клиники алкогольных психозов с бредом ревности//Актуальные вопросы клиники и нозологии паранойальных состояний. — Кемерово, 1975. — С. 17—30.

Терентьев Е. И., Мурашковский Л. Л. О влиянии психологических факторов на генез и динамику патологической ревности//Эмоции и воображение: Материалы симпозиума. — М., 1975. — С. 184—188.

Терентьев Е. И. О значении некоторых психологических подходов для понимания структуры паранойального бредового синдрома//Психология и медицина: Материалы симпозиума. — М., 1978а. — С. 126—132.

Терентьев Е. И. К проблеме сексуальной патологии при алкогольном бреде ревности//Журн. невропатол. и психиатр. — 1978б. — Т. 78, Вып. 11. — С. 1706—1710.

Терентьев Е. И. К постановке вопроса о «первичной фабуле» паранойального бреда и «бредовом поведении»//Журн. невропатол. и психиатр. — 1981. — Т. 81, Вып. 4. — С. 575—581.

Терентьев Е. И. Паранойя ревности. Психопатология. Нозология. Социальные аспекты. — Воронеж: Изд-во Воронежск. ун-та, 1982 — 192 с.

Терентьев Е. И., Готовиг Е. А., Минутко В. Л. и др. К вопросу о межсенсорных взаимоотношениях у больных с патологической ревностью и значение их изучения в лечебно-реабилитационном аспекте//Актуальные аспекты реабилитации больных психическими заболеваниями и алкоголизмом. — Курск, 1983. — С. 121—123.

Тиганов А. С. Клинические особенности маниакальных состояний при непрерывно тенущей шизофрении//Журн. невропатол. и психиатр. — 1966. — Т. 66, Вып. 10. — С. 1519—1523.

Тиганов А. С. Психопатологические синдромы//Справочник по психиатрии/Под ред. акад. АМН СССР А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1965. — С. 55—81.

Тимофеев Л. Н. Клинические особенности синдрома сверхценных идей ревности и супружеской неверности//Журн. невропатол. и психиатр. — 1964. — Т. 64, Вып. 4. — С. 390—397.

Фауст К. Психические расстройства после черепно-мозговых травм. Резидуальные отдаленные последствия черепно-мозговых травм//Клиническая психиатрия/Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера/Пер. с нем. — М.: Медицина, 1967. — С. 391—410.

Фейербах Л. Сущность христианства. — Избранные философские произведения/Пер. с нем. — М.: Гос. изд-во полит. лит., 1955. — С. 8—420.

Фелинская Н. И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. — М.: Медицина, 1968. — 292 с.

Форель А. Половой вопрос/Пер. с нем. — Спб., 1907. — 320 с.

Франкенхайзер М. Некоторые аспекты исследований в физиологической

психологии//Эмоциональный стресс/Пер. с англ. — Л., 1970. — С. 24—37.

Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ/Пер. с нем. — М. — Пг.: ГИЗ, 1923. — Т. 2. — 250 с.

Фрейд З. Очерки по психопатологии сексуальности/Пер. с нем. — М., 1989. — 84 с.

Фрейдеров О. Е. Психопатии в практике судебно-психиатрической экспертизы//Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. — М., 1965. — Т. 8. — С. 73—83.

Фридман Б. Д. Психология и психопатология//Психология и медицина: Материал симпозиума. — М., 1978. — С. 58—62.

Холличер В. Человек и агрессия/Пер. с нем. — М., 1975. — 136 с.

Чудин А. С. Суицидальные дебюты явновоюзных психозов//Всерос. съезд невропатологов и психиатров, 4-й: Тез. докл. — М., 1980. — Т. 1. — С. 580—582.

Шахманов Н. Ф. Основные закономерности в проявлениях психических нарушений в старости и клиническая новография//Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, 7-й: Тез. докл. — М., 1981. — Т. 1. — С. 178—180.

Шейнин Л. М. О некоторых особенностях приступообразно-прогредиентной шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом по данным диспансерного наблюдения//Журн. невропатол. и психиатр. — 1968. — Т. 68, Вып. 9. — С. 1383—1389.

Шибанова Н. И. Клинические проявления начального этапа явновоюзной меланхолии//Всерос. съезд невропатологов и психиатров, 4-й: Тез. докл. — М., 1980. — Т. 1. — С. 634—636.

Штерева Л. В., Неженцев В. М. Клиника и лечение алкоголизма. — Л., 1976. — 127 с.

Штернберг Э. Я. Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977. — 216 с.

Штернберг Э. Я., Концевой В. А. Инволюционные (предстарческие, пресенильные) бредовые психозы//Справочник по психиатрии/Под ред. акад. АМН СССР А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1985. — С. 123—126.

Шумский Н. Г. Алкоголизм//Руководство по психиатрии: В 2 томах /Под ред. акад. АМН СССР А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — С. 307—310.

Ширина М. Г. О парадойальном бреде ревности возраста обратного развития//Журн. невропатол. и психиатр. — 1963. — Т. 63, Вып. 4. — С. 600—605.

Энтин Г. М. Практическое руководство по лечению алкоголизма. — М.: Медицина, 1979. — 288 с.

Юдин Т. И. Психопатические конституции. — М., 1926. — 166 с.

Alarcon G. The Othello Syndrom//Acta psiquiat. psicol. Amer. lat. — 1980. — Vol. 26, № 4. — P. 318—326.

Andrade A., Srinath S. True hallucinations as a culturally sanctioned experience//Brit. J. Psychiat. — 1988. — Vol. 152, № 6. — P. 838—839.

Astrup C. Atypical paranoid Schizophrenia//Schizophrenie und Zyklothymie. — Stuttgart, 1964. — S. 97—112.

Bachrach L. L. The Chronic Patients: Programs and Politics: Toward New Cialitions//Hosp. Commun. Psychiat. — 1988. — Vol. 39. — P. 927—929.

Becker K. Absicht und Wirkung in der Psychiatrie. Heimliches Lernen im therapeutischen Alltag. Forum der Psychiatrie; N. P. 21. — Stuttgart; Enke, 1984. — 70 S.

Bernd A. Familie und Rehabilitation psychisch Kranker: Beitragungen Familienangehörigen langzeitig hospitalisierten psychiatrischer Patienten. — Hamburg, 1983. — 223 S.

Berner P. Das paranoische Syndrom. Klinisch — experimentelle Untersuchungen zum Problem der fixirte Vahn. — Berlin: Springer — Verlag, 1965. — 181 S.

Berner P. Paranoide Syndrome//Klinische Psychiatrie 1/Bearbeitet von P. Berner, M. Bleuler, G. Bosch et al. — Berlin — Heidelberg — New York, 1972. — S. 153—183.

Berner P. Psychiatrische Systematik: Lehrbuch. — Bern; Stuttgart; Wien: Huber, 1977. — 359 S.

Bialas Ch. Soziale Netzwerke. — Zu einer soziologischen konzeption in der Psychiatrie//Psychiat. Neurol. med. Psychol. — Bd 40, H. 2. — S. 65—74.

Bikiliewicz T. Psychiatria kliniczna/Red. nauk. 6 wyd: A. Bikiliewicz et al. — Warszawa: Państwowe Zaklady wydawnictw lekarskich, 1979. — 1070 p.

Bilz R. Die Trinkerpsychosen in der Sicht der Verhaltungsforschungen// Beiträge zur Verhaltungsforschungen/Hrsg. von R. Bilz, N. Petri-lowitsch. — Basel; München; Paris e. a., 1971.

Bleuler M. Schizophrenieartige Psychosen und Ätiologie der Schizophrenie//Schweiz. med. Wschr. 1962, Bd 92, H. 50. — S. 1641—1647.

Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie/14-te Aufl. — Berlin; Heidelberg; New York: Springer — Verlag, 1979. — 706S.

Bräutigam W. Reaktionen — Neurosen — Abnorme Persohnlichkeiten. — Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1978. — 223 S.

Brice P. Psychogeriatrica: Wprowadzenie do psychiatrii wieku podeszlego. — Warszawa: Państwowy Zaklad wydawnictw lek., 1986. — 226 p.

Canevaro A. L'influence de l'environnement sur la modification des maladies mentales//Evolut. Psychiat. — 1967. — Vol. 32, N 3. — P. 639—653.

Ciompi L. Allgemeine Psychopathologie des Alters//Psychiatrie der Gegenwart/2. Aufl. — Berlin; Heidelberg; New York, 1979. — Bd 11/2. — S. 1001 — 1036.

Clinical Diagnosis of Mental Disorders: A Handbook. — New York; London, 1978.

Cloninger C., Martin R., Guse S. et al. Diagnosis and prognosis in Schizophrenia//Arch. gen. Psychiat. — 1985. — Vol. 42, N 1. — P. 15—25.

Cohen C. J., Stastny P., Perlick D. et al. Cognitive deficits among aging schizophrenik patients residing in the community//Hosp. Commun. Psychiat. — 1988. — Vol. 59, N 5. — P. 557—559.

Cohen R. From Measurement to interpretation of Change in Psychopathology//Arch. Psychiat. Nervenkr. — 1978. — Bd 225, H 3. — S. 243—248.

Cox J. Aspects of transcultural psychiatry//Brit. J. Psychiat. — 1977. — Vol. 130, N 3. — P. 211—221.

Dimitrijevic M., Wall P., et al. Altered Sensation and Pain/Brain, Behavior and Evolution. — 1990. — Vol. 35. — N 3. — P. 4.

Docherty I. P., Ellis I. A new concept and finding in morbid jealousy// Amer. J. Psychiat. — 1976. — Vol. 133, N 6. — P. 679—683.

East N. Alcoholism and Crime in relation to manic-depressiv disorders//Lancet. — 1936. — Vol. 36, N 1. — P. 161—163.

Edgas H. Praxis der Milieutherapie. — Berlin, 1985. — 209S.

Ernst K. Die psychische Behandlung Schizophrenenkranker in der Klinik//

Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. — 1985. — Bd 136, H. 1. — S. 67—74.

Ey H., Bernard P., Brisset C. Manuel de Psychiatrie/3-me ed. — Paris, 1967. — 1211 p.

Ey H. Le fond du probleme//Rev. Méd. (Paris). — 1968. — Vol. 9, N 24. — P. 1547—1555.

Fallon I. R., Boyd J. L., McGill C. W. et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia//Arch. Gen. Psychiat. — 1985. — Vol. 42. — P. 887—896.

Fisher F. D., Griffit E. E. H., Mahi G. E. et al. Recent development in the grenada mental health program//Hosp. and Commun. Psychiat. — 1986. — Vol. 39, N 9. — P. 980—997.

Freud S. Argaments for an instinct of agression and destruction: Abstract of the standart/Ed. of S. Freud, National Institute of Mental Health. — Rorkville, Mariland, 1971. — Vol. 21. — 152 p.

Garde M., de Verbizier I. Families imaginaires a, l'hôpital psychiatrique//Ann. med. psychol. — 1965. — Vol. 2, N 4. — P. 511—515.

Geiser R., Hoche L., King J. A Ten — Years Follow-up Study of Deinstitutionalization//Hosp. and Commun. Psychiat. — 1988. — Vol. 39, N 5. — P. 287—291.

Gelberg L., Linn L. S., Leake B. Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults//Amer. J. Psychiat. — 1988. — Vol. 145, N 2. — P. 132—141.

Glatzel J. Allgemeine Psychopathologie. — Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1978. — 264 S.

Golse B. Du narcissisme comme concert limite//L'Informat. Psychiatr. — 1989. — Vol. 65, N 1. — P. 49—52.

Gray J. Responsibility of the Homicide in Insanity//Amer. J. Insan. — 1875. — Vol. 32, N 1. —

Grot M. D. Therapeutic and mind-altering effects of «Grot» breathing// Psychiatric endocrinology: Abstracts of papers for Soviet-American Symposium — Moscow, September 5—10, 1988. — P. 34—35.

Gross G., Huber G. Classification and prognosis of schizophrenic disorders in light of the bonn follow up studies//Psychopathology. — 1986. — Vol. 19, N 1. — P. 50—59.

Grundlagen und Praxis der neuropsychiatrischen Pharmakotherapie/ Red. H. A. F. Schulze, 1975. — 252 S.

Grzywa A., Chlewiński Z. Związek przetwarzania informacji z pamięcią krótko- i długotrwałą u chorych na schizofrenię paranoidalną// Psychiat. pol. — 1984. — Vol. 18, N 3. — P. 219—224.

Grzywa A. Mięsień chorych na schizofrenię jako wyraz zaburzeń w procesie przetwarzania informacji//Psychiat. pol. — 1986. — Vol. 20, N 3. — P. 215—224.

Guelfi J. D. La personalité paranojague//Rev. Med. (Paris). — 1979. — Vol. 20, N 3. — P. 775—785.

Gureje O., Adewunmi A. Life events and schizophrenia in Nigerias: a controlled investigation//Brit. J. Psychiat. — 1988. — Vol. 152, N 1. — P. 112—115.

Guyotat I. Prise en charge thérapeutique du paranojague//Rev. Ned. (Paris). — 1979. — Vol. 20, N 5. — P. 201—206.

Hatfield A. The family as partner in the treatment of mental illness// Hosp. Comm. Psychiat. 1979. — Vol. 30, N 2. — P. 338—340.

Hirschowitz R. G. Choning human behaviour in the state hospital organization//Psychiat. Quart. — 1969. — Vol. 43, N 4. — P. 591—611.

Hofer G. Der Mensch in Wahn/Hrsg. von G. Hofer. Mit einem Vorwort von H. Müller-Suur. — Basel; New York: Karger, 1968. — 134s.

Hoff H. Lehrbuch der Rsyshiatrie. — Basel, 1956. — 415 S.

Hogarty G. Depot Neuroleptics: The Relevance of Psyhosocial Factors. A United States perspective//J. Clih. Psuchiat. — 1984. — Vol. 45, N 1. — P. 36—42.

Holmberg G. P. Treatment, care and rehabilitation of the chronic mentally ill in Sweden//Hosp. and Commun. Psychiat. — 1988. — Vol. 39, N 2. — P. 190—194.

Hote R., Rush A., Beck T. Cognitive investigation of schizophrenic delusions//Psychiatry. — 1979. — Vol. 42, N 4. — P. 312—319.

Hsu J., Tseng W. S. Ashton G. et al. Family interaction patterns among Japanese — American and Caucasian families in Hawaii//Amer. J. Psychiat. — 1985. — Vol. 142, N 5. — P. 577—581.

Jahoda A., Markova J. et al. Moving out: an opportunity for friendship and broadening social horizons?//JMDR. — 1990. — Vol. 34. — N 2. — P. 127—143.

Jähnig H., Littman E. Kriminalpsychologie und Kriminalpsychopathologie. — Jena, 1985.

Jarosch K. Zur Psychopathologie einzelnen Deliktsformen//Psychiat. Neurol. Med. Psychol. — 1960. — H 7. — S. 266—273.

Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie/Achte unveränderte Auflage — Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag, 1965. — 748 S.

Kayser H. Soziometrische Untersuchungen über gegenseitige Beziehungen in einer Gruppe Langseithospitalisierter Patientinnen//Nervenarzt. — 1972. — Bd 43, H 9. — S. 489—490.

Kayton L., Koh S. Hypochondria in Schizophrenia//J. nerv. ment. Dis. — 1975. — Vol. 161, N 6. — P. 412—420.

Kendler K. Demography of paranoid psychosis and affective illness//Arch. Gen. Psychiat. — 1982. — Vol. 39, N 8. — P. 890—902.

Kendler K., Masterson C., Davis K. Psychiatric illness in firstdegree relatives of paranoid psychosis, schizophrenia and medical illness//Brit. J. Psychiat. — 1985. — Vol. 147, N 11. — P. 524—531.

Knorr W., Genz A. Mehrdimensionale Untersuchungen des zirkadianen Biorhythmus bei Psychosen//Psychiat. Neurol. Med. Psychol. — 1985. — Bd 37, H 3. — S. 138—144.

Kratochwil S. Psychoterapia//Tlum. Z. czsl. — Warszawa: Państwowy zakład wydawnictw lekarskich, 1974. — 531 p.

Kräege H. Die Paranoia. — Berlin, 1917. — 113 S.

Krzyminski S. Psychogeriatrica czy gerontopsychiatria//Psychiat. pol. — 1984. — Vol. 18, N 1a. — P. 35—38.

Landman I. C., Dissez S., Carouge D. et al. La jalousie morbide. Essai traitement par la propereciazine//Encephale. — 1972. — Vol. 61, N 2. — P. 183—195.

Langfeldt G. The erotic jealousy syndrome. A clinical study//Acta Psychiat. Scand. — 1961, Suppl. — Vol. 151, N 36. — P. 7—68.

Laplanche J. Nouveaux fondement pour la psychanalyse. — Paris: Presses Universitaires de France, 1988. — 163 p.

Laux G., Reimer F. Zur Pathogenese des alkoholischen Eifersuchtswahns//Nervenarzt. — 1979. — Bd 50, H 5. — S. 299—301.

Lebowitz B. D. Practical Geriatrics correlates of success in community mental health programs for the elderly//Hosp. and Commun. Psychiat. — 1988. — Vol. 39, N 7. — P. 721—723.

Lemke R., Rennert H. Neurologie und Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studium und Praxis/6. Aufl. — Leipzig: Barth, 1974. — 523 S.

Leonhard K. Biologische Psihologie//3. Aufl. — Leipzig: Barth, 1963.

Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen//5 Aufl. — Berlin: Akademie — Verlag, 1980. — 342 S.

Leonhard K. Goethe, Kant, Locke, Villaume kannten die Metode unseres Individualtherapie//Psychiat. Neurol. med. Psychol. — 1989. — Bd 40, H. 2. — S. 105—108.

Leyrie I. Le paranoiaque et la justice//Rev. Med. (Paris). — 1979. — Vol. 20, N 5. — P. 195—198.

Linn M., Gurel L., Williford W. et al. Nursing home care as an alternative to psychiatric hospitalisation//Arch. Gen. Psychiat. — 1985. — Vol. 42, N 6. — P. 544—551.

Magnan V. Leçons cliniques sur les maladie mentales. — Paris, 1893.

Marneros A., Deister A. et al. Long-term course schizoaffective disorders, Part I: Definitions methods. Frequency of episodes and cycles//Europ. Arch. Psychiat. — 1988. — Vol. 237. — P. 264—275.

Marneros A., Rohde A. Long-term course of schizoaffective disorders. Part II: Lenth of cycles, episodes and intervals//Europ. Arch. Psychiat. — 1988. — Vol. 237. — P. 276—282.

Mayer-Gross W. Psychopathologie les delires//Congress international de Psychiatrie (Rapports). — Paris, 1950. — Vol. 1. — P. 60—63.

Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. Clinical psychiatry. — London: Bailliere, Tindall and Cassel, 1960. — 704 P.

Mendel G. La psychanalyse revisité. — Paris: Editions de la de'converte, 1988. — 206 p.

Mooney H. Pathologic jealousy and psychoschemotherapy//Brit. J. Psychiat. — 1965. — Vol. 111. — P. 351—361.

Müller B., Koch R., von Specht H. et al. Neurophysiologische befunde beim chronischen Alkoholismmissbrauch//Psychiat., Neurol., med. Psychol. — 1985. — H 3. — S. 129—132.

Nass E. Über den Verfoguengswahn der geistesgesurzten Trinker//Z. Psychiat. — 1887. — Bd. 34.

O'Connell R. O., Mayo J. A. The Role of social factors effective disorders: A review//Hosp. and Commun. Psychiat. — 1988. — Vol. 39, N 8. — P. 842—851.

Pauleikhoff B. Der Eifersuchtwahn//Fortschr. Neurol., Psychiat. — 1967. — Bd 35. — S. 516—526.

Pauleikhoff B. Methodologische Probleme der Psychologie und Psychopathologie. Zugleich ein Beitrag zur Eifersuchtparanoia//Z. klin. Psychol., Psychother. — 1977. — Bd 25, H 4. — S. 293—301.

Petritowitsch N. Abnorme Persönlichkeiten/3. Aufl. — Basel, New York, 1966. — 178.

Pierloot R. A., Ngoma N. Hysterical manifestations in Africa and Europe: a comparative study//Brit. J. Psychiat. — 1988. — Vol. 151, N 1. — P. 112—115.

Post F. Spezielle Alterspsychiatrie//Psychiatrie der Gegenwart/2. Aufl. — Berlin; Heidelberg; New York, 1972. — Bd 11/2. — S. 1000—1101.

Postrach F. Bemerkungen zu einem Fall von akuter Alkoholhalluzinose mit Eifersuchtwahn//Psychiat. Neurol. med. Psychol. — 1988. — H 1. — S. 46—50.

Psychopathology in the aged/Ed. by I. Cole, I. E. Barrett. — New York: Raven presse, 1980. — 310 p.

Rangell L. The Future of psychoanalysis: the scientific grossroads//Psychoanalyst. Quart. — 1988. — Vol. 57, N 3. — P. 313—340.

Retterstöhl N. Jealousy — Parapoiaic psychoses: A personal follow up study//Acta Psychiat. Scand. — 1967. — Vol. 43, N 1. — P. 75—107.

Rose H. K., Plaut G. Psyuhogeriatrische Versorgung und sektorisierte Psychiatrie//Psychiat. Neurol. med. Psychol. — 1989. — Bd 41, H. 1. — S. 19—25.

Rounsaule B. J., Dolinsky L. S., Babor T. E. et al. Psychology as a predictor of treatment outcome in alcoholics//Arch. Gen. Psychiat. — 1987. — Vol. 44, N 6. — P. 505—515.

Santos Al., Robertson W. Training local Leaders to implement community//Hosp. and Commun. Psychiat. — 1988. — Vol. 39, N 11. — P. 1135—1136.

Scharfetter Ch. Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung. — Stuttgart — New York, 1984.

Schneider K. Klinische Psychopathologie/12. unveränderte Aufl. — Stuttgart: George Thieme Verlag, 1980. — 174 S.

Schulte W., Tölle R. Psychiatrie/4 überarb. Aufl. — Berlin — Heidelberg — New York: Springer Verlag, 1977. — XI, 392 S.

Sérieux P., Capgras I. Les folies raisonnantes le delire d'interpretation. — Paris, 1909.

Shepherd M. Morbid Jealousy: Some clinic//J. ment. Sci. — 1967. — Vol. 107, N 7. — P. 687—753.

Shepherd M. The scientific foundation of Psychiatry. — Cambridge — London; New York e. a., 1985.

Sobczyk P., Wódka L. Niepoczytalność i poczytalność w zabójstwach// Psychiat. pol. — 1983. — Vol. 17, N 3. — P. 215—220.

Sullivan W. The relation of alcoholism to Insanity and Crime//Proc. Roy. Soc. med. — 1924. — Vol. 17, N 37.

Swartz L., Ben-Arie O., Teggin A. Subcultural delusions and hallucinations: Commens on the present State examination in a multicultural context//Brit. J. Psychiat., 1985. — Vol. 146, N 4. — P. 391—394.

Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen/ Hrsg. von G. Huber. — Stuttgart; New York, 1975.

Ungvari G. Vergleichende klinisch-genetische Untersuchungen Schizophrener Psychosen//Psychiat. Neurol. med. Psychol. — 1985. — Bd 37, H. 5. — S. 262—271.

Vaillant G. E., Perry I. Personality disorders//Comprehensive textbook of psychiatry. — Baltimore: Williams & Wilkins Co., 1980. — P. 31—42.

Vaughn C. Family factors in schizophrenic relapse: Replication in California of british research on expressed emotion//Arch. Gen. Psychiat. — 1984. — Vol. 41. — P. 1169—1171.

Waldmann K., Greger I., Miszelewitz I. Die Bedeutung des therapeutischen Kollektivs in der Behandlung psychisch Kranken//Z. ärztl. Fortbild. — 1972. — Bd 66, H 21. — S. 1109—1112.

Weitbrecht H. Psychiatrie in Grundriss. — Berlin; Heidelberg; New York, 1968. — 490 S.

Weitbrecht H., Glatzel I. Psychiatrie in Grundriss/4. Aufl. — Berlin; Heidelberg; New York: Springer, 1979. — 352 S.

Winkler K. Soziale und angewandte Psychiatrie//Psychiatrie der Gegenwart: Forschung und Praxis. — Berlin; Heidelberg; New York, 1975. — Bd 3.

Witter H. Grundriss der Gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie. — Berlin; New York, 1970.

Woodbury M. A. La psychiatrie aux Etats-Unis, a Porto-Rico et aux îles Vierges américaines//L'informat. Psychiat. — 1988. — Vol. 64, N 10. — P. 1245—1257.

Wütrich P. Social problems of alcoholics//J. Stud. Alcohol. — 1977. — Vol. 38, N 5. — P. 881—890.

Wylie H. W., Wylie M. Z. An Effect of pharmacotherapy on the psychoanalytic processe: Case report of a modified analysis//Amer. J. Psychiat. — 1987. — Vol. 144, N 4. — P. 489—492.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение	4
Часть первая. О понимании нормальной и патологической ревности	6
Г л а в а 1. Нормальная ревность	6
Краткий социально-исторический очерк. Описание и определения нормальной эротической ревности	7
Проявление нормальной ревности	14
Г л а в а 2. Клинические и нозологические аспекты сверхценных идей ревности	21
Г л а в а 3. Психопатология бреда реаности	41
«Первичная фабула» паранойального бредового синдрома К обоснованию концепции бредового поведения	44
Факторы, влияющие на проявление и распространение бреда ревности	54
Значение анализа конкретных форм переживаний и появления для разграничения нормальной и патологической реаности	58
Г л а в а 4. О месте и значении сексуальной патологии при патологической реаности	64
Г л а в а 5. Влияние социально-культурных факторов на психопатологию и клинику патологической ревности	77
Часть вторая. Клинико-нозологические аспекты бреда ревности	107
Г л а в а 6. Алкогольный бред ревности	131
Различие клинических взглядов на алкогольный бред ревности (алкогольную паранойю)	131
Психопатология и клиническая динамика алкогольного бреда ревности (собственные исследования)	142
Бред ревности при острых алкогольных психозах	167
Г л а в а 7. Клинические особенности бреда ревности при шизофрении	174
Бред реаности паранойальной структуры	175
Бред ревности в структуре параноидных синдромов	187
Бред реаности в структуре приступов приступообразно-предиентией шизофрении	194
Бред ревности при шизофрении позднего возраста	198
Бред ревности при шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом	202

Г л а в а 8. Паранойальные и другие синдромологические формы бреда ревности при психозах позднего возраста	209
Бред ревности в структуре пресенильных психозов	209
Бред ревности при атеросклеротических психозах	220
Бред ревности при старческих психозах	230
Г л а в а 9. Динамика бреда ревности в процессе лечения. Вопросы социальной реабилитации больных	238
Задачи исследования. Состояние проблемы по данным литературы	238
Обоснование терапевтических подходов. Терапевтическая тактика при лечении больных с бредом ревности	241
Некоторые вопросы реабилитации больных	248
Заключение	254
Список литературы	259

Монография
Евгений Иосифович Терентьев
БРЕД РЕВНОСТИ

Зав. редакцией — канд. мед. наук Э. М. Попова

Редактор А. В. Бруенок

Редактор издательства О. П. Зубарева

Мл. редактор В. М. Силина

Художественный редактор В. И. Романенко

Оформление художника А. М. Савелова

Технический редактор Н. М. Клепикова

Корректор Л. А. Кокарева

ИБ-5487

Сдано в набор 25.06.90. Подписано к печати 18.10.90.
Формат бумаги 84 X 108^{1/3}. Бумага тип. № 2.
Гарнитура лит. Печать высокая. Усл. печ. л. 14,28.
Усл. кр.-отт. 14,70. Уч.-изд. л. 17,68. Тираж 50 000 экз.
Заказ 1129. Цена 2 р. 50 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство
«Медицина». 101000, Москва, Петроверигский пер., 6/8
Ярославский полиграфкомбинат Госкомпечати СССР.
150049, Ярославль, ул. Свободы, 97.



3 -

2 р. 50 и.



МЕДИЦИНА

ISBN 5-225-01172-1